Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

34 200 XVI

Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014

Nr. 9

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 17 juni 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over Jaarverslag Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014 (Kamerstuk 34 200 XVI, nr. 1).
De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 16 juni 2015.
Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

kst-34200-XVI-9
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

Vraag 1:
In hoeverre kunnen chronisch zieken met een lagere sociaal-economische positie even goed blijven functioneren door goede zorg en ondersteuning als chronisch zieken met een hogere sociaaleconomische positie? Wat zijn de ambities van de regering op dit punt?

Antwoord 1:
Een lagere sociaaleconomische positie is niet van invloed op de toegang tot ondersteuning en zorg via de Wmo2015/Zvw of Wlz. Met name de omvang van de beperking van de cliënt is van belang voor de omvang van de ondersteuning en zorg. Wel is het mogelijk dat cliënten met een lagere sociaaleconomische status meer moeite hebben bij een aanvraag of een zorgplanbespreking met een zorgaanbieder. Om deze cliënten hierbij te ondersteunen is zowel in de Wmo2015 als de Wlz de mogelijkheid aanwezig om gebruik te maken van onafhankelijke cliëntondersteuning, zodat ook zij de mogelijkheid hebben om goed te kunnen blijven functioneren.

Vraag 2:
Wanneer is er zicht op de arbeidsmarktresultaten van de ingediende sectorplannen en de huishoudelijke hulp toelage?

Antwoord 2:
De arbeidsmarktresultaten van de sectorplannen voor de zorg en de Huishoudelijke Hulp Toelage worden nauwlettend in de gaten gehouden in de «monitor sectorplannen zorg» en de «monitor Huishoudelijke Hulp Toelage». In de voortgangsrapportage HLZ van april (Kamerstuk 34 104, nr. 25) bent u over de resultaten van beide monitors geïnformeerd. In juli zal de tweede kwartaalrapportage van de monitor Huishoudelijke Hulp Toelage beschikbaar komen en na de zomer verwacht ik meer gedetailleerde resultaten uit de monitor sectorplannen zorg.

Vraag 3:
In ons land krijgt iedereen de zorg die nodig is. En dat blijft zo. Waaruit blijkt dat?

Antwoord 3:
Om iedereen de zorg te bieden die nodig is, streven we naar een toegankelijk en betaalbaar systeem, waarbij de kwaliteit gewaarborgd blijft. De toegankelijkheid is een van de sterke eigenschappen van het Nederlandse zorgsysteem. De zorg is dicht in de buurt, de wachttijden zijn relatief kort en de financiële toegankelijkheid is via de zorgtoeslag ook voor de onderkant gegarandeerd. Deze financiële toegankelijkheid voor de onderkant is in de afgelopen 10 jaar ook verbeterd. Zo was de premie, inclusief eigen risico, 10 jaar geleden voor het minimum inkomen € 64 hoger en voor de hogere inkomens € 476 lager. Dit zorgt ervoor dat een ieder toegang heeft en blijft houden tot de benodigde zorg.

Om naast de kwaliteit en toegankelijkheid, de betaalbaarheid van de zorg in de toekomst te waarborgen, zijn er deze kabinetsperiode verscheidene hervormingen doorgevoerd. Hierbij staat «de zorg dichtbij de patiënt» centraal. De gemeenten, huisartsen en wijkverpleegkundigen worden steeds belangrijker en kunnen de patiënt maatwerk bieden. Ook de sociale wijkteams, die een kijk achter de voordeur kunnen nemen wanneer zij denken dat daarvoor aanleiding is, dragen bij aan het bieden van de nodige zorg voor een ieder. Al deze maatregelen houden de zorg betaalbaar en zorgen ervoor dat ieder individu daadwerkelijk de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft.

Vraag 4:

De samenleving verandert: mensen willen zelf meer regelen. Waaruit blijkt dat? Is hier ooit onderzoek naar gedaan?

Antwoord 4:
Individualisering van de maatschappij en de groeiende vraag om keuzevrijheid die daarvan het gevolg is, is een maatschappelijke trend die al enkele decennia bezig is. Bijvoorbeeld het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) besteedt hier regelmatig aandacht aan, zoals in de publicaties «De meerkeuzemaatschappij» (2003), «Actuele maatschappelijke ontwikkelingen 2010» (2011) en «De sociale staat van Nederland 2013» (2014). Het Nivel gaat in de recente overzichtstudie «Ouderen van de toekomst» (2014) in op eigen regie en zelfredzaamheid van ouderen in relatie tot wonen, welzijn en zorg. Het aantal 80-plussers is de afgelopen 20 jaar verdubbeld. Het aantal ouderen in verzorgingshuizen is in dezelfde periode juist met een kwart gedaald. Ook los van het gevoerde beleid doet deze trend zich voor.

Het beleid van de overheid speelt in op deze maatschappelijke trend door zelfmanagement in de zorg mogelijk te maken voor de mensen die dat willen. De introductie van specifieke instrumenten als het persoonsgebonden budget zijn bijvoorbeeld mede bedoeld om zelfmanagement te faciliteren.

Daarnaast nemen ook de technische mogelijkheden om zelf meer te regelen in rap tempo toe. Met name chronisch zieken (hartpatiënten, COPD patiënten of mensen met diabetes) maken daar gebruik van. Dat geldt ook voor het gebruik van moderne communicatiemiddelen, zoals tablets, ter ondersteuning van de communicatie tussen zorgbehoevende ouderen en verpleegkundigen. Zonder dat er systematisch onderzoek is verricht, ondersteunt de rode lijn uit de verschillende verhalen van individuele gebruikers de stelling dat de samenleving verandert en dat mensen meer zelf willen regelen. Ook de groei van Parkinsonnet is een goed voorbeeld waaruit de toenemende vraag om eigen regie vanuit de patiënt spreekt.

Vraag 5:
De hervormingen hebben tot doel de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren, de financiële houdbaarheid te vergroten, de zelfredzaamheid van mensen te versterken en het omzien naar elkaar te stimuleren. Welke van deze doelen zijn reeds bereikt en waaruit blijkt dit? Welke termijn is gesteld voor deze doelen?

Antwoord 5:
De wetgeving die noodzakelijk is voor de hervorming is op 1 januari 2015 van kracht geworden. De effecten daarvan worden nauwlettend gevolgd, zowel voor de korte termijn als de effecten op de wat langere termijn (de omslag die de doelstelling is van de hervorming). Op de korte termijn is sprake van een beheerste overgang naar de nieuwe situatie; de continuïteit van zorg lijkt niet in het geding te zijn geweest. Voor de wat langere termijn geldt dat het SCP de effecten monitort. Dit uit hoofde van de wettelijke evaluaties, zoals vervat in de Wmo, de Jeugdwet en de Wlz.

Vraag 6:
Hoeveel gemeenten hebben de extra middelen reeds ingezet om de effecten op de arbeidsmarkt te verzachten?

Antwoord 6:
Uit de eerste kwartaalrapportage van de monitor Huishoudelijke Hulp Toeslag (HHT) (Kamerstuk 34 104, nr. 25) bleek dat half maart ongeveer 40% van de gemeenten de HHT geïmplementeerd had en de middelen

beschikbaar had voor cliënten. Een geactualiseerd beeld komt beschikbaar met de tweede kwartaalrapportage HHT, welke begin juli wordt uitgebracht. Deze tweede kwartaalrapportage HHT biedt een actueel inzicht in de voortgang van de implementatie van de HHT, de vraag naar HHT van cliënten en de daaruit voortvloeiende arbeidsmarktresultaten.

Vraag 7:
Hoeveel onderzoeken zijn er waarbij het Nederlandse zorgstelsel vergeleken wordt met stelsels van andere landen? Welke onderzoeken zijn dit en door wie zijn zij uitgevoerd, en in opdracht van wie?

Antwoord 7:
In de bijlage vindt u een overzicht van een groot aantal bij het departement bekende onderzoeken[1].

Vraag 8:
Waaruit is de meevaller van 2 miljard opgebouwd? Welke van deze bedragen zijn structurele meevallers die ook in voorgaande jaren plaatsvonden? Zou de forse onderschrijding van de zorguitgaven van circa 2 miljard euro deels gelegen kunnen zijn in een te hoge raming van het basispad? Zo nee, waarom niet? Wat is de resultaatbestemming van de meevaller van 2 miljard? Wordt deze opnieuw in de zorg geïnvesteerd?

Antwoord 8:
De onderschrijding van € 2 miljard is het gevolg van een daling van de netto-BKZ-uitgaven met € 2,7 miljard (zie tabel 6, jaarverslag 2014) en een neerwaartse bijstelling van het kader met € 0,7 miljard (zie tabel 3, jaarverslag 2014). De onderbouwing van de daling van € 2,7 miljard is in onderstaande tabel opgenomen. De structurele meevaller in de voorgaande jaren heeft plaatsgevonden bij genees- en hulpmiddelen (zie hiervoor de ontwerpbegroting 2014, tabel 7). Voor zover de onderschrijdingen structureel van karakter zijn, is deze ruimte betrokken bij het opstellen van de besluitvorming over de begroting 2015 en de begroting 2016.

Uitsplitsing onderschrijding 2014 (bedragen x € miljarden)

Omschrijving	2014	Vindplaats
Cijfers cure	**– 2,5**	
Uitvoeringsmuaties		
w.v. Eerstelijns- en tweedelijns zorg	*– 0,3*	*Tabel 7 en 7A*
w.v. Genees- en hulpmiddelen	*– 1,0*	*Tabel 7 en 7A*
w.v. Grensoverschrijdende zorg	*– 0,3*	*Tabel 7 en 7A*
Technische mutaties		
w.v. Nominale ontwikkeling	*– 0,3*	*Tabel 7*
w.v. Overhevelingen	*– 0,3*	*Tabel 7*
w.v. Overige	*– 0,3*	*Tabel 7*
Cijfers care	**– 0,3**	
Uitvoeringsmuaties		
w.v. Zorg in natura	*– 0,1*	*Tabel 10 en 10A*
Technische mutaties		
w.v. Nominale ontwikkeling	*– 0,1*	*Tabel 10*
w.v. Overige	*– 0,1*	*Tabel 10*
Cijfers Begrotingsgefinancierd	***0,1***	
Beleidsmatige muaties		
Wmo en Wtcg	*0,1*	*Tabel 11*
Totaal	**– 2,7**	

Bron: jaarverslag 2014

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

De lagere uitgaven zijn mede te danken aan de ingezette beleidsmaatregelen van dit kabinet in casu de akkoorden met veldpartijen, het preferentiebeleid bij de geneesmiddelen, de toegenomen risicodragendheid bij verzekeraars en de hervormingen in de langdurige zorg, ondersteuning en jeugdzorg. De stevige maatregelen in de cure en de care waren mede ingegeven om de forse groei te beteugelen zoals die in de CPB-raming besloten lag. Met andere woorden: zonder de getroffen maatregelen zouden de uitgaven explosief zijn doorgegroeid.

Het jaar 2014 was al met al opnieuw een belangrijk jaar op weg naar financieel houdbare zorg. In 2014 kan bij jaarverslag voor het tweede jaar op rij een forse onderschrijding van de zorguitgaven over het voorbije jaar worden gemeld, waar in eerdere jaren sprake was van overschrijdingen. Daarmee lijkt een trendbreuk gerealiseerd. Het kabinet heeft in de ontwerpbegroting daarnaast 2015 gemeld dat de zorguitgaven van 2014 op 2015 naar verwachting ongeveer gelijk blijven. De groei van de zorguitgaven is sinds het begin van de eeuw nog niet zo laag geweest.

Vraag 9:
In hoeveel wijken of dorpen in Nederland is daadwerkelijk een wijkverpleegkundige actief? Welk percentage is dit ten opzichte van het totaal aantal wijken of dorpen?

Antwoord 9:
Er zijn geen cijfers beschikbaar van het aantal wijkverpleegkundigen dat in een wijk of dorp actief is.
Het gaat er om dat iemand die thuis verpleging nodig heeft, dit ontvangt van een (wijk)verpleegkundige. De (wijk)verpleegkundige is over het algemeen in dienst van een thuiszorgaanbieder. Deze thuiszorgaanbieders zijn in heel Nederland actief.

Vraag 10:
Tot hoeveel extra meldingen van onregelmatigheden in de zorgnota heeft het meer inzicht krijgen van de patiënt geleid?

Antwoord 10:
Er wordt niet gemeten hoeveel meldingen van onregelmatigheden in de zorgnota naar aanleiding van het inzichtelijker maken ervan binnen komen bij verzekeraars en andere partijen. De precieze aantallen meldingen voor en na invoering zijn dus niet te geven. Verzekeraars geven overigens aan dat de verbeteringen in de zorgnota, samen met de verbetering van de «mijnomgeving», zullen helpen bij het vergroten van het kostenbewustzijn onder hun verzekerden. Ook draagt het bij aan het verbeteren van hun dienstverlening en klantparticipatie.

Vraag 11:
Hoe vaak is de app «zorgcijfers.nl» gedownload? Hoeveel frequente gebruikers zijn er? Is dat aantal stijgend of dalend?

Antwoord 11:
Hoe vaak de app «zorgcijfers.nl» is gedownload voor het totaal van de verschillende besturingssystemen, is niet bekend. Het aantal unieke bezoekers van de achterliggende website is circa vijfhonderd per maand. [Bron: PIWIK Analytics].

Vraag 12:
Welke door het kabinet getroffen maatregelen, behalve het MBI, hebben geleid tot een betere beheersing en afvlakking van de uitgavengroei in 2014? Op welke cijfers is dit gebaseerd?

Antwoord 12:
De lagere uitgaven zijn mede te danken aan het samenhangende pakket van beleidsmaatregelen in casu de akkoorden met veldpartijen, het preferentiebeleid bij de geneesmiddelen, de toegenomen risicodragendheid bij verzekeraars en de hervormingen in de langdurige zorg, ondersteuning en jeugdzorg. De uitgavengroei is vanaf 2010 aanzienlijk afgevlakt. Op basis van de jaarverslagen en de daarin opgenomen ontwikkeling van de netto-BKZ-uitgaven kan worden aangetoond dat in de periode 2005–2010 de groei gemiddeld bijna 7% per jaar bedroeg. In de periode 2011–2014 is de groei van de zorguitgaven naar huidige inzichten teruggebracht tot een derde: gemiddeld circa 2,3%. De groei bedroeg in 2013 en 2014 respectievelijk 0,5 en 0,8%.

Vraag 13:
Op welke cijfers is de uitspraak gebaseerd dat 2014 een belangrijk jaar was voor een financieel houdbare zorg?

Antwoord 13:
Lag de groei in de periode 2005–2010 (uitgaande van de jaarverslagen) nog gemiddeld op bijna 7% per jaar; de uitgavengroei is vanaf 2010 aanzienlijk afgevlakt, mede als gevolg van de afgesloten zorgakkoorden, het geneesmiddelenbeleid en ingezette hervormingen. In de periode 2011–2014 is groei van de zorguitgaven naar huidige inzichten aanzienlijk lager: gemiddeld circa 2,3%. De groei bedroeg in 2013 en 2014 respectievelijk 0,5 en 0,8%. In de VWS-begroting voor 2015 kon gemeld worden dat het Budgettair Kader Zorg van 2014 op 2015 naar verwachting nauwelijks groeit. In 2014 kan daarnaast bij jaarverslag voor het tweede jaar een forse onderschrijding van de zorguitgaven over het voorbije jaar worden gemeld, waar in eerdere jaren sprake was van overschrijdingen. Daarmee lijkt een trendbreuk gerealiseerd.

Vraag 14:
Wat is de reden dat de begroting niet wordt aangepast op structurele meevallers?

Antwoord 14:
De vraag verwijst vermoedelijk naar de onderschrijding van het Budgettair Kader Zorg met € 2 miljard. Ten opzichte van de 2e suppletoire wet zijn de zorguitgaven met ruim € 1,1 miljard bijgesteld, voornamelijk als gevolg van nieuwe realisatiecijfers over de jaren 2012, 2013 en 2014 die begin 2015 zijn ontvangen van het Zorginstituut en de NZa. Voor zover deze onderschrijding structureel van karakter is, is deze ruimte betrokken bij de besluitvorming over de begroting 2016. In de 1e suppletoire wet 2015 wordt gemeld dat de netto-BKZ-uitgaven ruim € 0,9 miljard in 2015 oplopend tot € 1,2 miljard in 2020 lager uitkomen dan geraamd in de ontwerpbegroting 2015. De begroting wordt dus wel degelijk aangepast op structurele meevallers.

Vraag 15:
Is er een budgettaire taakstelling gekoppeld aan de aanpak van fraude en verspilling? Zo ja, hoe groot is die? Zo nee, waarom niet? Kan een budgettaire taakstelling juist niet bijdragen aan een serieuze aanpak?

Antwoord 15:
De aanpak van zorgfraude, het tegengaan van verspilling en vergroten van doelmatigheid in de curatieve zorg zijn onderdeel van de afgesloten hoofdlijnenakkoorden 2014–2017. De te realiseren besparingen als gevolg van de aanpak van zorgfraude en verspilling zijn daardoor lastig zelfstandig te kwantificeren.

De hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg leveren een besparing op die oploopt tot structureel € 1 miljard van 2017.

Vraag 16:
Met hoeveel fte's is de capaciteit bij de I-SZW en de FIOD uitgebreid voor de aanpak van fraude? Wat is de totale capaciteit voor de aanpak van fouten en fraude in fte uitgesplitst naar opsporingsinstantie? Is die capaciteit gestegen of gedaald ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 16:
Met ingang van 2014 verricht de Inspectie SZW naast strafrechtelijke opsporingstaken op het gebied van het persoonsgebonden budget in de AWBZ (nu: Wlz) ook opsporingstaken op het gebied van declaratiefraude. De capaciteit van de Inspectie SZW is hiertoe uitgebreid naar circa 50 fte voor de opsporing van zorgfraude (pgb-fraude en declaratiefraude). Voor deze uitbreiding is voor 2014 € 1,7 miljoen en vanaf 2015 structureel € 3 miljoen aanvullend beschikbaar gesteld. Daarnaast ontvangt de I-SZW voor 2015 incidenteel € 392.000 aan extra middelen voor het versterken van haar financiële expertise.

De FIOD rekent de opsporingscapaciteit niet in aantallen fte, maar in beschikbare uren. Voor opsporingsactiviteiten op het terrein van de zorg heeft de FIOD op jaarbasis net als voorgaande jaren 20.000 uren beschikbaar.

Vraag 17:
Wanneer wordt de omvang van de zorgfraude bekend?

Antwoord 17:
Zoals reeds eerder aan uw Kamer aangegeven (Kamerstuk 28 828, nr. 30) heb ik de NZa in juli 2013 opdracht gegeven een duiding te geven van de kwetsbaarheden in de AWBZ- en Zvw-zorg en een raming van de omvang van fraude. In de tweede voortgangsrapportage fraudebestrijding heb ik u geïnformeerd over de tussentijdse resultaten, bestaande uit een beschrijving van de geconstateerde kwetsbaarheden en voorlopige bevindingen ten aanzien van de kwantitatieve analyses. In maart 2014 heb ik u een nieuwe versie van de tussenresultaten gestuurd (Kamerstuk 28 828, nr. 58) met geactualiseerde cijfers. In de derde voortgangsrapportage aanpak van fouten en fraude van 12 december 2014 (Kamerstuk 28 828, nr. 75) heb ik uw Kamer geïnformeerd over de definitieve uitkomsten van het samenvattend rapport van de NZa «onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg» en heb ik aangegeven hoe ik deze uitkomsten benut voor de aanpak van onrechtmatigheden. Het betreffende rapport bevat een indicatie van de kwantitatieve omvang van de onregelmatigheden in de zorg. Het samenvattend rapport van de NZa en de bijbehorende bijlagen zijn bijgevoegd bij de derde voortgangsrapportage aanpak van fouten en fraude. Voor de kwantitatieve uitkomsten van het onderzoek van de NZa verwijs ik volledigheidshalve naar deze derde voortgangsrapportage.

Vraag 18:
Voor hoeveel euro is er in totaal in 2012 en 2013 niet juist gedeclareerd door ziekenhuizen? In hoeveel procent van de gevallen ging het om fraude? In hoeveel procent van de gevallen is het tot een veroordeling gekomen?

Antwoord: 18
In het kader van het plan van aanpak jaarrekeningen hebben ziekenhuizen over de jaren 2012 en 2013 omzetonderzoeken uitgevoerd. Op 29 mei 2015 heeft de NZa haar analyse van de uitgevoerde omzetonderzoeken

openbaar gemaakt. Het bedrag dat per saldo uit de betreffende onderzoeken naar voren is gekomen, bedraagt totaal ruim € 277 miljoen over de jaren 2012 en 2013. Het betreft hier daadwerkelijk vastgestelde onrechtmatigheden. Of daarmee alle onrechtmatige declaraties uit 2012 en 2013 naar boven zijn gekomen blijft onduidelijk, concludeert de NZa. De NZa heeft aangegeven dat, als het aanvullend omzetonderzoek volledig en toereikend is uitgevoerd en de instelling de NZa informeert over de uitkomsten van het onderzoek, zorgaanbieders ervan uit mogen gaan dat dit voor de NZa voldoende is. Dat is anders indien er aanwijzingen voor fraude of overtredingen zijn. De NZa en het Openbaar Ministerie (OM) zullen hun bevoegdheden op het gebied van toezicht en strafrechtelijke vervolging dan onverkort toepassen.

Het aantal eventuele strafrechtelijke veroordelingen voor declaratiefraude door ziekenhuizen kan niet uit de registratiesystemen van het OM worden gegenereerd.

Overigens is in dit kader relevant te melden dat de NZa in 2014 aan het St. Antonius Ziekenhuis een bestuursrechtelijke boete van € 2,5 miljoen heeft opgelegd wegens het niet correct declareren. De boete had betrekking op onterechte declaraties in de periode 2008 tot en met 2012.

Vraag 19:
Hoeveel ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC) hebben inmiddels een goedgekeurde jaarrekening? Welk percentage van het totale aantal ziekenhuizen en ZBC's betreft het?

Antwoord 19:
Op basis van gedeponeerde jaarrekeningen (www.jaarverslagenzorg.nl) hebben inmiddels ruim 50 ziekenhuizen een goedgekeurde jaarrekening 2013. Dit betreft circa 65% van de ziekenhuizen die hun jaarrekening 2013 hebben gedeponeerd. In dit kader moet worden opgemerkt dat het aan individuele ziekenhuizen zelf is om in overleg met relevante stakeholders – bijvoorbeeld banken – te kiezen voor het moment waarop de jaarrekening wordt gedeponeerd, binnen de wettelijke termijnen die daarvoor gelden. Alhoewel er voor het deponeren van de jaarrekeningen 2013 uitstel was gegeven tot 15 december 2014, kan het een bewuste keuze zijn geweest de jaarrekening 2013 eerder te publiceren, ondanks dat er op dat moment een accountantsverklaring met beperking werd afgegeven. De meeste ziekenhuizen die geen goedkeuring bij de jaarrekening hebben gekregen, hebben de jaarrekening ingediend vóór het afronden van het plan van aanpak jaarrekeningen.

Voor de zelfstandige behandelcentra is gekeken naar de gedeponeerde jaarrekeningen van ZBC's die in 2014 hebben meegedaan aan het omzetonderzoek. Op basis van een eerste analyse is het beeld dat 65% van die ZBC's een goedkeurende controleverklaring heeft. Van de resterende ZBC's heeft een groot aantal geen controleverklaring, maar een beoordelingsverklaring. Dit is bijvoorbeeld het geval voor kleinere ZBC's die op basis van wettelijke bepalingen geen controleverklaring hoeven op te leveren.

Vraag 20:
Hoeveel ZBC's zijn er eigenlijk in Nederland en is dat aantal stijgend of dalend? Wat is het gemiddeld aantal fte wat in dienst is bij ZBC's en is dat aantal stijgen of dalend?

Antwoord 20:
Volgens de Marktscan Medische Specialistische Zorg van de NZa (december 2014) is het aantal ZBC's actief in het A- en/of B-segment van

de Medisch Specialistische Zorg in de periode van 2010–2014 eerst toegenomen en vervolgens gedaald:

2010: 241 ZBC's;
2011: 258 ZBC's;
2012: 288 ZBC's;
2013: 274 ZBC's;
2014: 258 ZBC's.
(stand oktober 2014).

Het gemiddeld aantal fte wat in dienst is bij ZBC's blijkt bij navraag niet bekend bij NZa of CBS.

Vraag 21:
Wat is het gemiddelde salaris van een specialist in dienst bij een ZBC en hoe verhoudt zich dit tot specialisten in een maatschap en tot specialisten in loondienst?

Antwoord 21:
Het CBS publiceert geen specifieke statistieken over de salarissen of omzet van specialisten in dienst van ZBC's. Ook de NZa heeft hier geen informatie over.

Vraag 22:
Hoe dragen de beoogde nieuwe bekostigingssystematieken voor huisartsen en wijkverpleegkundigen bij aan vermindering van de regeldruk en meer ruimte voor de zorgverlener?

Antwoord 22:
Doel van de nieuwe bekostigingssystematieken is het beter mogelijk maken van het belonen van geleverde zorgprestaties waaronder het stimuleren van meer samenwerking tussen zorgprofessionals en het belonen van uitkomsten. Zowel in de (beoogde) bekostiging van de huisartsenzorg als in de bekostiging van de wijkverpleging is hiervoor ruimte gecreëerd. Afspraken over beloning op basis van uitkomsten moeten aansluiten bij de beroepspraktijk van deze professionals. Daar waar (nog) geen goede uitkomstmaten beschikbaar zijn zullen andere afspraken (over samenwerking in de keten, bevorderen van registratie, gerichte ouderenprogramma's) gemaakt kunnen worden die gewenste ontwikkelingsrichting stimuleren. Over deze ontwikkeling ben ik in gesprek met patiënten, de betrokken beroepsgroepen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De professional krijgt meer in plaats van minder ruimte om te bepalen welke inzet van zorg nodig en gepast is en wat dient bij te dragen aan betaalbare zorg. De administratieve rompslomp wordt tot een minimum wordt beperkt. De nieuwe bekostigingsvormen zijn ondersteunend aan deze ontwikkeling. Deze zomer wordt in samenwerking met huisartsen en verzekeraars bekeken hoe er een extra slag tegen regeldruk kan worden gemaakt.

Vraag 23:
Wanneer ontvangt de Kamer de gevraagde kabinetsreactie op het Actal-rapport over de vermindering van de regeldruk rondom het pgb?

Antwoord 23:
Zoals met het aanbieden van het Actal-rapport aan uw Kamer is aangegeven, zullen de adviezen van Actal worden meegenomen in de Toekomstagenda PGB Wlz. Deze Toekomstagenda zal ik uw Kamer na de zomer doen toekomen.

Vraag 24:

Worden de uitkomsten van het experiment regelarme zorginstellingen meegenomen in de aanpak vermindering regeldruk? Zo ja op welke manier? Zo nee waarom niet?

Antwoord 24:
Ja.
Uit de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen is gebleken dat de reductie van administratieve lasten voor een belangrijk deel ontstond omdat zorgaanbieders zelf ingesleten patronen binnen hun instellingen doorbraken. Interne regels werden ter discussie gesteld en werden waar mogelijk geschrapt of kregen een praktische aansluiting bij het dagelijks werk. Ook is duidelijk geworden dat binnen de lijnen van de wet- en regelgeving vaak meer ruimte bestaat dan aanvankelijk werd gedacht. Door zorgaanbieders zijn bewezen positieve uitkomsten geïmplementeerd. Deze zijn op de site «Invoorzorg!» verspreid zodat ook andere zorgaanbieders daarmee hun voordeel kunnen doen. Verwezen zij hier ook naar het AO administratieve lasten van 28 januari 2015, waarover de uitkomsten van de tussenevaluatie ERAI met de Kamer is gesproken. De uitkomsten van ERAI zullen ook betrokken worden bij de uitwerking van het plan van aanpak kwaliteit verpleeghuiszorg en de 200 verpleeghuislocaties die de ruimte zullen krijgen om als best practice de sector te laten zien wat allemaal mogelijk is en daarmee via een zwaan-kleef-aan-methodiek de nieuwe regelarme werkwijzen kunnen verder brengen in de sector.

Voor de aanpak van regeldruk hanteert het kabinet het streefcijfer om de regeldruk voor bedrijven, burgers en professionals in de periode 2012-2017 structureel met € 2,5 miljard te verlagen. Specifiek voor VWS richt de inzet zich in deze periode op een vermindering van € 351 miljoen. Overigens is de afgelopen jaren gebleken dat de ervaren regeldruk niet alleen door overheidsregulering wordt veroorzaakt, maar door meerdere factoren. Bijvoorbeeld door richtlijnen en kwaliteitsindicatoren of de registratielast door verschillende informatie-uitvragen. De gezamenlijke aanpak van regeldruk met de partijen van de Agenda voor de Zorg, die zich in beginsel richt op de medisch specialistische zorg, betreft dan ook de volgende onderdelen:

1. Regeldruk door richtlijnen, kwaliteitsindicatoren en zorgstandaarden;
2. Bekostigingsregels als gevolg van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
3. Registratielast door verschillende informatie-uitvragen.

Voor al deze onderwerpen is het van belang dat de overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgprofessionals daar samen de schouders onder zetten. Alleen dan kan de regeldruk in de zorg succesvol worden aangepakt. De taak voor VWS verschilt dan ook per onderwerp. Zo ben ik dit jaar met een zogenaamd Kafka-traject de concrete ervaren regeldruk op de werkvloer bij een ziekenhuis verder in beeld te brengen en door samen met de Agenda voor de Zorg aan de slag te gaan met hoe we meer ruimte kunnen bieden voor de bekostiging van zorg. Dit zal ook een onderwerp zijn van het «Weg met regels» congres dat dit najaar wordt georganiseerd met vermindering van de regeldruk als thema. Ook individuele leden van de Agenda voor de Zorg doen al veel om regeldruk aan te pakken. Zo hebben patiëntenverenigingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor veertien aandoeningen overeenstemming bereikt over de manier waarop ze de kwaliteit van zorg gaan meten, registreren en inzichtelijk maken, waarmee het totaal is gekomen op 37. Een ander voorbeeld is dat de NFU samen met Nictiz werkt aan eenduidige en eenmalige registratie aan de bron, op basis waarvan meervoudige gestandaardiseerde informatie-uitwisseling tussen specialisten en

zorgverleners mogelijk wordt. In de brief over de aanpak van regeldruk zullen wij u nader informeren over deze trajecten.

Vraag 25:
Wat voor streefcijfers worden er gehanteerd bij het verminderen van de regeldruk?

Antwoord 25:
Zie het antwoord op vraag 24.

Vraag 26:
Welke taak heeft de Minister in de uitvoering van de gezamenlijke aanpak die zich in beginsel richt op de medisch-specialistische zorg? Welke resultaten wil zij komende twee jaar bereiken?

Antwoord 26:
Zie het antwoord op vraag 24.

Vraag 27:
Hoeveel unieke bezoekers per dag heeft de site «verspillingindezorg.nl»? Is dat aantal stijgend of dalend?

Antwoord 27:
De website www.verspillingindezorg.nl wordt iedere dag bezocht. Sinds de lancering van de vernieuwde website in september 2014 is de website gemiddeld door 1100 unieke bezoekers per maand bezocht. Bij nieuwsmomenten zoals de aankondiging van de Inspiratiedag 100% Zorg! laat het bezoekersaantal een piek zien. Indien er gekeken wordt naar het aantal bezoekers per dag schommelt dit sterk. Wanneer er aandacht is voor het Programma Aanpak verspilling in de zorg stijgt op die dag en de navolgende dagen het bezoekersaantal.

Vraag 28:
Tot hoeveel bespaartips heeft dit concreet geleid en aan hoeveel tips is daadwerkelijk vervolg gegeven?

Antwoord 28:
Via het Meldpunt Verspilling in de zorg zijn ruim 21.000 meldingen ontvangen. Hiervan is grofweg 80% bruikbaar en van deze bruikbare meldingen vult ongeveer 80% een oplossing in.
De oplossingen die in het Meldpunt worden genoemd, hebben in veruit de meeste gevallen nog een vertaalslag nodig om in concrete acties te kunnen worden omgezet. In veel gevallen is er in meldingen sprake van het door elkaar heen lopen van probleem en oplossing. Bijvoorbeeld de meest voorkomende melding betreft «ongebruikte geneesmiddelen worden weggegooid». Als oplossing wordt voorgesteld «ongebruikte geneesmiddelen niet weggooien». In dit geval zijn er verschillende acties nodig die ertoe bijdragen dat er minder ongebruikte geneesmiddelen overblijven zodat ze niet hoeven worden weg gegooid. Via het Programma wordt gewerkt aan diverse acties. Hierover heb ik u geïnformeerd in de brief Tussenstand van zaken Aanpak verspilling van 31 maart 2015
(Kamerstuk 33 654, nr. 13). Daarnaast worden via het Programma Aanpak verspilling zorginstellingen geselecteerd die initiatieven hebben ontplooid die hebben geleid tot minder verspilling in hun zorginstelling. Het Programma zet deze initiatieven in het daglicht zodat andere zorginstellingen die dezelfde verspilling ervaren, ervan kunnen leren. Naast hetgeen het Programma Aanpak verspilling initieert, zijn er ook vele meldingen te koppelen aan bestaande beleidsinitiatieven. In dat geval worden deze meldingen doorgeleid naar het juiste beleidstraject, zodat zij hier voor

input zorgen. Absolute aantallen meldingen met panklare oplossingen direct te vertalen in panklare acties die voortkomen uit het Meldpunt zijn niet te geven.

Vraag 29:
Hoe vindt tussentijdse sturing plaats op de zorguitgaven wanneer door de DBC-systematiek pas na enkele jaren definitief kunnen worden vastgesteld?

Antwoord 29:
Onder meer als gevolg van de DBC-systematiek kunnen de definitieve zorguitgaven voor de medisch-specialistische zorg en de ggz pas na enkele jaren definitief worden vastgesteld. Dat wil echter niet zeggen dat er tussentijds geen sturingsmogelijkheden zijn. Zo komt er al in het lopende jaar contracteringsinformatie beschikbaar. Bovendien ontvangt VWS eerdere malen per jaar een actualisatie van de zorguitgaven via het Zorginstituut Nederland. Deze bestaat uit een deel reeds ontvangen en geaccepteerde declaraties, aangevuld met een balanspost (de inschatting van verzekeraars over de nog te ontvangen declaraties). Naarmate de tijd verstrijkt neemt de balanspost af en neemt de betrouwbaarheid van de realisatiecijfers toe. Op basis van tussentijdse rapportages van voorlopige uitgavencijfers en contracteringsinformatie vindt zo nodig overleg met de betrokken veldpartijen plaats.

De verkorting van de DBC-duur in de medisch-specialistische zorg tot 120 dagen draagt bij aan de versnelling van de realisatiecijfers. Ook andere maatregelen, waaronder het verbeteren en versnellen van administratieve processen (sneller en correct declareren), het inzicht in het onderhanden werk en inzicht in de gecontracteerde zorg, dragen bij aan een versnelling van de realisatiecijfers en daarmee een betrouwbaarder raming van de zorguitgaven. Nog deze maand zal ik een volgende voortgangsrapportage over de verbetering van de informatievoorziening over de zorguitgaven naar de Kamer sturen.

Vraag 30:
Hoeveel meldingen komen er dagelijks binnen bij het Landelijk Meldpunt Zorg? Is dat aantal stijgend of dalend? Hoeveel klachten heeft het meldpunt tot nu toe ontvangen?

Antwoord 30:
Het Landelijk Meldpunt Zorg ontvangt dagelijks circa 20 klachten. Dit aantal is ten opzichte van de start op 17 juli 2014 licht stijgend. In de periode 17 juli 2014 tot en met 31 mei 2015 heeft het Landelijk Meldpunt Zorg circa 4.350 klachten ontvangen.

Vraag 31:
Hoeveel meldingen zijn er doorgeleid naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en in hoeveel gevallen heeft dit tot een onderzoek geleid?

Antwoord: 31
In de periode 17 juli 2014 tot en met 31 mei 2015 heeft het Landelijk Meldpunt Zorg ruim 900 klachten voorgelegd aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). In ruim 350 gevallen heeft de IGZ in genoemde periode besloten een onderzoek in te stellen naar aanleiding van de burgerklacht.

Vraag 32:
Welke ruimte voor verbetering in de (gezonde) levensverwachting ziet de regering voor mensen met hogere gezondheidsrisico's, zoals lager opgeleiden? Welk ambities heeft de regering? In hoeverre is de regering

bereid het ambitieniveau ten aanzien van sociaaleconomische gezondheidsverschillen uit het Nationaal Programma Preventie te verhogen? Wat vindt de regering van het feit dat in een welvarend land als Nederland zulke grote gezondheidsverschillen tussen arm en rijk bestaan?

Antwoord 32:
Gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden zijn hardnekkig en complex. Dat blijkt ook in andere West-Europese landen. Deze verschillen lijken in de toekomst groter te worden. Dit vinden wij ongewenst. Vandaar dat we in het Nationaal Programma Preventie (NPP) een reële ambitie hebben geformuleerd: in 2030 zijn deze verschillen gelijk gebleven of, beter, afgenomen. Veel activiteiten in het programma zijn daarop gericht. In de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) 2018 van het RIVM wordt gepubliceerd hoe het met de verschillen staat. Mogelijk kan dit aanleiding zijn om de genoemde ambities te herzien. Vooralsnog houden wij vast aan de doelstellingen van het NPP. Over de voortgang van het NPP heb ik u reeds geïnformeerd (Kamerstuk 32 793, nr. 164).

Vraag 33:
Is de regering bereid de GIDS-gelden structureel in te zetten voor het verkleinen van gezondheidsverschillen? Hoe zorgt de regering dat resultaten blijvend zijn? Wat vindt de regering van het idee om de besparingen aan zorgkosten door de GIDS-projecten direct weer in te zetten in de regio voor het verder verbeteren van de gezondheid van mensen met lagere sociaaleconomische positie?

Antwoord 33:
De GIDS-gelden (decentralisatie-uitkering) zijn bedoeld als tijdelijke extra impuls om 164 gemeenten te ondersteunen bij de ontwikkeling van hun eigen lokale, integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. De structurele borging van die aanpak loopt via de reguliere (financiële) middelen die gemeenten, maar ook hun partners, daarvoor ter beschikking stellen. Vooralsnog zijn de GIDS-gelden, en het bijbehorende stimuleringsprogramma, tot 2018 beschikbaar. De voortgang wordt jaarlijks gemonitord. Op basis daarvan zullen we bezien of en hoe ondersteuning vanuit de rijksoverheid na 2018 nodig is.
Als blijkt dat door de aanpak van gezondheidsachterstanden besparingen in de zorgkosten van gemeenten worden gerealiseerd, staat het hen vrij die opnieuw voor dit doel in te zetten. Over besparingen in de zorg die vanuit de zorgverzekeringswet worden betaald, worden op enkele plaatsen in het land al afspraken gemaakt tussen gemeenten en zorgverzekeraars. In de Veenkoloniën wordt hiermee, op verzoek van uw Kamer, geëxperimenteerd. Daarnaast nemen wij dit aspect ook mee in het traject rondom de borging van preventie in het zorgstelsel waarover ik u eind van dit jaar rapporteer.

Vraag 34:
In hoeverre is de regering bereid om de ondertekende pledges van het Nationaal Programma Preventie te toetsen op ambitieniveau en haalbaarheid? Zo ja, per wanneer? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 34:
Het Nationaal Programma Preventie (NPP) is bedoeld als een maatschappelijke beweging. Partners geven in eerste instantie zelf aan wat ze bijdragen aan de doelstellingen van het programma. Zij bepalen hun ambities en zijn verantwoordelijk voor het monitoren van hun activiteiten en het behalen van de resultaten.
In het tweede en derde programmajaar zullen de partners aangespoord worden om hun doelstellingen en acties concreter te maken. Ze zullen

ondersteund worden om nog effectiever te worden door het verspreiden van goede voorbeelden en gezamenlijk te bekijken wat de activiteiten werkelijk bijdragen aan de gezondheidsdoelen van het NPP.
Daarnaast wordt het RIVM gevraagd jaarlijks de voortgang van de pledges en het effect van het programma als geheel. Dit wordt verwerkt in de Alles is Gezondheid... monitor waarover uw Kamer jaarlijks wordt geïnformeerd.

Vraag 35:
Is de regering bereid verdere NIX-18 campagnes voornamelijk te focusen op vmbo- en mbo-scholieren? Zo ja, hoe gaat zij dat doen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 35:
NIX18 is een meerjarige sociale normcampagne die ouders, jongeren en het brede publiek bewust probeert te maken van de norm dat je onder de 18 niet rookt en niet drinkt. Daarbij is ervoor gekozen om massamediaal de eerste jaren te focussen op de omgeving van jongeren: ouders, horeca, sportclubs, supermarkten. Als de omgeving achter NIX18 staat en dat uitdraagt, wordt het voor jongeren immers ook makkelijker om NIX18 normaal te vinden en ernaar te handelen. Je kunt een sociale norm in de samenleving bovendien niet veranderen als je je op één doelgroep richt. Vandaar dat de campagne is gericht op een breed publiek.
Uit een effectevaluatie blijkt dat steeds meer ouders achter NIX18 staan, maar daar nog niet altijd naar handelen en afspraken maken met hun kinderen. Ook onder jongeren zien we een positieve ontwikkeling, al zijn zij in vergelijking met ouders en het brede publiek minder positief over niet roken en niet drinken.
In 2014 is via social media, uitgaansevenementen en lokale preventieactiviteiten ingezet op het bereik van jongeren. Dat spoor wordt in 2015 doorgezet. Hierbij zal nadrukkelijk ook aandacht uitgaan naar vmbo- en mbo-scholieren, aangezien zij bijvoorbeeld op het terrein van roken een significant hoger risico lopen met roken te beginnen, dan havo- en vwo-scholieren.

Vraag 36:
Welke inspanningen doet de regering om de handhaving en het toezicht van alcoholwetgeving te verbeteren?

Antwoord 36:
Er zijn diverse initiatieven die gemeenten ondersteunen in het verbeteren van hun handhavingstrategie. Zo wordt in september door het Trimbos-instituut een «studiedag alcohol toezicht» georganiseerd, waar handhavers en toezichthouders onderling ervaringen kunnen wisselen om zodoende in de eigen gemeenten de handhaving te verbeteren.
Gemeenten kunnen bovendien voor tips over effectievere handhaving terecht bij het expertisecentrum Toezicht en handhaving, een kennisportaal voor gemeenten. Met gemeenten verken ik wat eventuele mogelijkheden voor verbetering zijn en welke instrumenten ontbreken en/of beter kunnen, bijvoorbeeld rond de inzet van testkopers. Begin 2016 zal ik een alcohol congres organiseren voor alle gemeenten om de opgedane bevindingen en laatste inzichten op het gebied van toezicht en handhaving met elkaar te delen.

Vraag 37:
Met ingang van 1 januari 2014 is de minimumleeftijd waarop aan jongeren alcohol en tabak mag worden verkocht verhoogd van 16 jaar naar 18 jaar. Heeft dit geleid tot minder gebruik onder jongeren van deze middelen? Zo ja, waaruit blijkt dit?

Antwoord 37:
Op dit moment kan ik nog niet zeggen of deze maatregel al heeft geleid tot minder gebruik. Dit jaar voert het Trimbos-instituut het Peilstationsonderzoek uit.
Daaruit zal moeten blijken of het gebruik is afgenomen ten opzichte van het vorige meetmoment. Het Peilstationsonderzoek wordt in juni 2016 opgeleverd.
Uit het HBSC-onderzoek dat vorig jaar is gepubliceerd bleek wel dat het alcohol en tabaksgebruik onder middelbare scholieren tot 16 jaar de laatste jaren aanzienlijk is gedaald. Dit onderzoek is echter uitgevoerd vóór de leeftijdsgrensverhoging.

Vraag 38:
In hoeverre maakt het gebruik van e-health toepassingen deel uit van de prestatieafspraken voor huisartsen, met name in het derde segement? Is de regering daar tevreden mee?

Antwoord 38:
Zorgverzekeraars maken prestatieafspraken over het gebruik en stimulering van e-health. Bijvoorbeeld over het gebruik van e-mental health bij behandeling van psychische klachten, in ruil voor een tariefsverhoging. Er is een duidelijke toename in de e-health afspraken met huisartsen waarneembaar doordat dit soort afspraken een standaard onderdeel is geworden van inkoopbeleid POH-GGZ.

Ook in de ketenzorg zie ik al veel innovaties op het gebied van e-health op gang komen. Zo zijn er steeds meer zorggroepen met een patiëntportaal. Deze ontwikkeling wordt verder ondersteund door de coöperatie Zelfzorg Ondersteund (ZO!), welke actief in gesprek is over de opschaling van zelfmanagement voor diverse chronische aandoeningen, zoals diabetes, COPD en astma.

Het stemt mij tevreden dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars elkaar hebben gevonden, en gezamenlijk met de patiënt bepalen hoe e-health de zorg kan verbeteren. Tegelijk staan we pas aan het begin, op vele plaatsen in het land zien we toepassingen met grote voordelen die niet op grote schaal worden overgenomen. Ook bemerk ik dat het vraagstuk van financiering en bekostiging niet zomaar opgelost is. Er wordt een plafond ervaren in segment 3. Ik hoop en verwacht dat zorgverzekeraars in hun zorginkoop de komende jaren steeds meer zullen verfijnen en dus ook meer e-health zorg zullen inkopen. De financiële ruimte die hiervoor nodig is kan gevonden worden binnen het budgettaire kader van de huisarstenzorg en multidisciplinaire zorg. Ook kan deze gevonden worden door het substitueren van zorg van de duurdere tweede lijn naar de eerstelijn.

Vraag 39:
Wat staat precies in de afspraken met de verschillende partijen om de inzet van e-health komende vijf jaar te stimuleren?

Antwoord 39:
In beantwoording van vraag 38 vraag ben ik ingegaan op de afspraken die in de eerste lijn gemaakt worden. Hieronder staat een toelichting op ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg, de ggz en de Informatievoorziening.

In het Bestuurlijk Overleg medisch-specialistische zorg zijn de volgende afspraken en uitgangspunten vastgelegd: E-health kan worden ingezet om ervoor te zorgen dat er meer en betere informatie beschikbaar is op het moment van contact tussen arts en patiënt. Dit biedt de arts en de patiënt de mogelijkheid om gezamenlijk nog beter vast te stellen wat de best

passende behandeling is (gezamenlijk beslissen). Bewuste en gezamenlijk tot stand gekomen keuzes leiden tot betere zorg en hogere therapietrouw.

In het kader van het bestuurlijk akkoord GGZ is in 2014 een traject afgerond om te komen tot oplossingsrichtingen voor grootschalige implementatie van e-health in de ggz. Ook is afgesproken dat patiëntenorganisaties zich inzetten om een elektronisch patiëntendossier te ontwikkelen. Daarnaast wordt in de ggz ingezet op versterking van de eigen regie, zelfmanagement en ondersteuning van de informele zorg.

Ook op het onderwerp verbetering informatievoorziening is veel activiteit. Met de oprichting van het Informatieberaad bestaat er nu een platform waarop gezamenlijk wordt gewerkt aan een betere informatievoorziening. Op bestuurlijk niveau hebben de leden van het Informatieraad uitgesproken dat zij zich zullen gaan inzetten voor de ontsluiting van gegevens aan de patiënt en burger. Dit wordt momenteel verder vertaald in een concreet stappenplan. Dit zal moeten bijdragen aan het verwezenlijken van de doelstellingen uit onze brief «e-health en zorgverbetering» (Kamerstuk 27 529, nr. 138) die wij in juli 2014 naar de Kamer hebben gestuurd.

Vraag 40:
Wanneer stuurt de regering de langverwachte substitutiemonitor naar de Kamer?

Antwoord 40:
Op 9 april 2015 heb ik de Rapportage «Eerste resultaten substitutiemonitor» aangeboden aan de Tweede Kamer (bijlage bij Kamerstuk 33 654, nr. 14).

Vraag 41:
Wat is de huidige status van het bestuurlijk akkoord ggz?

Antwoord 41:
Ik ben met ggz-partijen in overleg over de toekomstagenda voor de ggz. Ik hoop u daar in het najaar over te informeren.

Vraag 42:
Hoeveel tijd zit er gemiddeld tussen de behandeling en het beschikbaar komen van de goed leesbare nota voor de patiënt?

Antwoord 42:
Dat is van een aantal zaken afhankelijk. Ten eerste de doorlooptijd van een DBC. Om sneller duidelijkheid te krijgen over de hoogte van de kosten van een behandeling heb ik per 1 januari 2015 de maximale doorlooptijd van DBC's verkort van 365 naar 120 dagen. Zo krijgt een patiënt sneller inzicht in de kosten van zijn behandeling. Ten tweede dient een DBC, nadat deze is afgesloten, door de zorgaanbieder en verzekeraar te worden verwerkt en dan wordt de nota voor de verzekerde inzichtelijk gemaakt in de «mijnomgeving». Exacte gegevens over hoe lang het gemiddeld duurt voordat de nota in de «mijnomgeving» komt worden niet verzameld. Aanbieders en zorgverzekeraars hebben mij wel aangegeven zich ervoor in te zetten deze afhandeling zo snel mogelijk te laten plaatsvinden.

Vraag 43:
Op welke onderdelen scoort Nederland minder dan gemiddeld bij de internationale vergelijking van kwaliteitsindicatoren opgenomen in de Zorgbalans 2014?

Antwoord 43:

Het RIVM concludeert in de Zorgbalans 2014 dat in Nederland de sterfte na een beroerte of myocardinfarct hoger dan gemiddeld is. Ook de perinatale sterfte ligt hoger dan gemiddeld.

Vraag 44:
Op basis van welke criteria worden slecht presterende zorgverleners «de pas afgesneden» in kwaliteit loont?

Antwoord 44:
In de brief «Kwaliteit loont» wordt op een viertal manieren bevorderd dat het loont om kwaliteit te leveren: door contractering op kwaliteit te bevorderen, door verzekerden meer inzicht en invloed te geven, door de kwaliteit van het zorgaanbod te verhogen en het evenwicht tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te verbeteren.

In het bijzonder wil ik enkele extra waarborgen creëren voor de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Zo wil ik verplicht stellen dat aanbieders van geestelijke gezondheidszorg uitkomstgegevens aanleveren voor een benchmark en dat zij een kwaliteitsstatuut hebben. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal deze verplichtingen handhaven. Ik ga er bovendien vanuit dat zorgverzekeraars aanbieders die niet aan deze eisen voldoen niet contracteren. Tenslotte ben ik in overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit over het stellen van deze eisen als voorwaarde voor het declareren. Ook onderzoek ik momenteel of de eigen visitatie van de beroepsgroep een grotere rol kan spelen van de kwaliteitstoetsing.

Vraag 45:
Per wanneer worden ziekenhuizen verplicht om cijfers te publiceren over kwaliteitsindicatoren zoals vermijdbare ziekenhuisinfecties en vermijdbare heropnames?

Antwoord 45:
In ons land hebben we het PREZIES-netwerk (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance), het meetsysteem van zorginfecties in ondermeer de ziekenhuizen. Het geeft inzicht hoe vaak deze infecties voorkomen in de eigen instelling en levert de landelijke referentiecijfers die hierbij als spiegelinformatie gebruikt worden. Er bestaat geen verplichting voor instellingen om hieraan deel te nemen of om de eigen data te publiceren. In 2013 deed 91% van de ziekenhuizen mee aan één meer modules van het PREZIES netwerk en in 2014 was dat 92%. Op dit moment werk ik aan een integrale aanpak van antibioticaresistentie voor de periode 2015–2019, waar onder meer een effectief infectiepreventiebeleid deel van uitmaakt. Deze brief ontvangt u voor de zomer.

Het Zorginstituut Nederland en de ziekenhuizen werken op dit moment aan het vergelijkbaar maken van informatie over bijvoorbeeld heroperaties en heropnames na een ziekenhuisbehandeling. De NZa ondersteunt hierbij. In de zomer van 2015 publiceren Zorginstituut Nederland en de NZa een rapport over deze kwaliteitsinformatie. Momenteel wordt gewerkt aan acties die nodig zijn om de gegevens te verzamelen en beschikbaar te maken voor patiënten en zorgverzekeraars. Vanuit de NFU is een meerjarig programma «Registratie aan de bron» gestart om kwaliteitsindicatoren uit de zorgdocumentatie af te leiden. Op deze wijze wordt geprobeerd om de registratielast voor kwaliteitsinformatie voor ziekenhuizen te beperken.

Vraag 46:
Hoeveel kosten aan overhead maken ziekenhuizen? Hoe is dit percentage verlopen sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (2006)?

Antwoord 46:
Met brief van 19 mei 2015 heeft u mij het verzoek gebracht van het lid Leijten inzake het bericht «Ziekenhuizen: een op de vijf euro's gaat naar overhead» (Ftm, 12 mei 2015). Hierbij is een schriftelijke reactie verzocht en een dertigledendebat aangevraagd. De schriftelijke reactie is op 10 juni naar uw kamer verzonden (Kamerstuk 29 515, nr. 363).

Vraag 47:
Hoe doen Nederlandse ziekenhuizen het internationaal gezien op het gebied van overhead?

Antwoord 47:
Zie het antwoord op vraag 46. Met brief van 19 mei 2015 heeft u mij het verzoek gebracht van het lid Leijten inzake het bericht «Ziekenhuizen: een op de vijf euro's gaat naar overhead» (Ftm, 12 mei 2015). Hierbij is een schriftelijke reactie verzocht en een dertigledendebat aangevraagd. De schriftelijke reactie is op 10 juni naar uw kamer verzonden.

Vraag 48:
Hoeveel besteden ziekenhuizen zowel absoluut als qua percentage aan ICT? Neemt dit toe of juist af ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 48:
Ik beschik niet over de gevraagde informatie omdat ziekenhuizen niet verplicht zijn deze gegevens aan te leveren.

Vraag 49:
Hoeveel besteden ziekenhuizen zowel absoluut als qua percentage aan consultancy? Neemt dit toe of juist af ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 49:
Zie het antwoord op vraag 48

Vraag 50:
Hoeveel besteden ziekenhuizen zowel absoluut als qua percentage aan accountancy? Neemt dit toe of juist af ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 50:
Zie het antwoord op vraag 48.

Vraag 51:
Hoeveel besteden ziekenhuizen zowel absoluut als qua percentage aan kapitaallasten/vastgoed? Neemt dit toe of juist af ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 51:
Exacte informatie over hoeveel ziekenhuizen aan kapitaallasten/ vastgoed besteden heeft het Ministerie van VWS niet. De NZa gaat er bij de garantieregeling kapitaallasten 2011–2016 vanuit dat 8% van de DOT-omzet van ziekenhuizen ter dekking van kapitaallasten is. Dit normatieve percentage is in 2011 vastgesteld en gebaseerd op de gemiddelde kapitaallasten van ziekenhuizen. Nieuwbouwziekenhuizen zitten vaak boven dit gemiddelde, terwijl oude ziekenhuizen hier vaak onder zitten.

Naar verwachting nemen de uitgaven aan kapitaallasten door de tijd heen af. Door de afschaffing van het bouwregime en de invoering van prestatiebekostiging zijn ziekenhuizen zelf risicodragend voor hun kapitaallasten. Daarom valt te verwachten dat zij efficiënter investeren.

Vraag 52:
Hoeveel besteden ziekenhuizen zowel absoluut als qua percentage aan management? Neemt dit toe of juist af ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 52:
Zie het antwoord op vraag 48.

Vraag 53:
Hoe vaak is de Hospital standaardized Mortality Ratio (HSRM) van ziekenhuizen geraadpleegd? Heeft dit tot een toename geleid van «stemmen met de voeten» van patiënten?

Antwoord 53:
De ziekenhuizen zijn sinds 1 maart 2014 verplicht om jaarlijks hun sterftecijfers te publiceren op hun eigen website en moeten het rapport met deze cijfers ook doorsturen aan de NZa. Iedereen kan die cijfers vinden op de websites van de ziekenhuizen. Ik beschik niet over informatie hoe vaak burgers op de sites van de ziekenhuizen de sterftecijfers hebben geraadpleegd en wat het mogelijke effect daarvan is geweest op keuzes van patiënten.
Daarbij is van belang dat de cijfers slechts een indicatie zijn van kwaliteit; hoge sterftecijfers betekenen niet direct dat een ziekenhuis geen goede zorg levert. Om consumenten goed te informeren, verwacht de NZa dat ziekenhuizen een duidelijke toelichting geven bij hun eigen sterftecijfers en de ontwikkeling daarin. De sterftecijfers van de ziekenhuizen zijn ook te vinden op de site van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) www.nvz-kwaliteitsvenster.nl. Het Kwaliteitsvenster geeft inzicht in de kwaliteit van een zorginstelling aan de hand van tien onderwerpen, waaronder sterfte, die iets zeggen over de kwaliteit van die zorginstelling.

Vraag 54:
Welke acties onderneemt de regering om er voor te zorgen dat ggz-instellingen allen de multidisciplinaire richtlijnen ten aanzien van suïcidepreventie implementeren? Wat vindt de regering ervan dat het instellingen al 5 jaar niet lukt om de implementatie van de grond te krijgen?

Antwoord 54:
De noodzaak tot verbetering van de implementatie van de multidisciplinaire richtlijnen op dit gebied is in de afgelopen periode opgepakt. Zo heeft de uitvoering van de Landelijke agenda suïcidepreventie die eind 2013 met een groot aantal partijen is afgesproken, inmiddels een stevige impuls aan de implementatie gegeven. Daarnaast is in het kader van promotieonderzoek een specifieke training en een e-learning module op dit terrein ontwikkeld. Inmiddels zijn rond de 6.000 hulpverleners getraind. De uitvoering van deze agenda strekt zich uit tot en met 2017.

Vraag 55:
Welke inspanningen verleent de regering om iedere huisartsenpraktijk te stimuleren om een POH-ggz in dienst te nemen?

Antwoord 55:
De regering is van mening dat de POH-GGZ een enorme aanwinst is voor zowel de huisartsenzorg als de geestelijke gezondheidszorg. Tussen 2008 en 2015 is het percentage huisartsen met een POH-GGZ gestegen van ongeveer 30% naar 80%.

De regering stimuleert de inzet van een POH-GGZ op verschillende manieren. Met het oog op de groei van het aantal POH's-GGZ zijn er de afgelopen jaren extra middelen toegevoegd aan het huisartsenkader.

Om te zorgen dat er voldoende POH's-GGZ beschikbaar zijn en blijven, wordt in het sectorplan huisartsenzorg voorgenomen dat medewerkers uit andere zorgsectoren voor de ondersteunende functies in de huisartsenzorg worden opgeleid, waaronder 250 POH's-GGZ.

Ook is per 2014 de functie POH-GGZ gefunctionaliseerd. Met het functioneel maken van deze module wordt bedoeld dat ook andere zorgaanbieders (in brede zin) deze module POH-GGZ kunnen contracteren en organiseren, mits deze zorg in de huisartsenpraktijk als ondersteuning van de huisartsenzorg blijft aangeboden. Dit betekent dat de huisarts de organisatie van deze zorg aan andere aanbieders kan overlaten, en alleen zorginhoudelijk betrokken blijft bij deze ondersteuningsfunctie. Daarmee blijft de zorg in samenhang met de huisartsenzorg (c.q. in de huisartsenpraktijk) en ten dienste van de huisarts staan.

Vraag 56:
In hoeverre vindt de regering, gezien de conclusie van het iBMG dat met het huidige tempo realisatie van uitkomstbekostiging per 2020 onhaalbaar is, dat zij op de goede weg is met het belonen van uitkomsten in plaats van verrichtingen in de zorg?

Antwoord 56:
Uitkomstbekostiging zie ik niet als doel op zich, maar als een belangrijk instrument om kwaliteit en doelmatigheid te stimuleren. Op het gebied van uitkomstbekostiging is er binnen de huidige bekostiging al het nodige mogelijk. Het is dus niet zo dat de hele bekostiging op de schop moet voordat uitkomsten kunnen worden bekostigd.
Daarom wil ik nu inzetten op meer transparantie en op het stimuleren van partijen om uitkomsten te bekostigen en niet op een majeure wijziging in de bekostiging. Ondertussen wordt bezien of er knelpunten in de bekostiging zijn die moeten worden weggenomen. In de brief die ik deze zomer stuur zal ik een meer uitgebreide reactie op het rapport van iBMG geven.

Vraag 57:
Wat is het verloop van de stijging van het aantal zelfdodingen in Nederland en de ons omringende landen? Wat is het verloop van de crisis (afname economische groei, toename werkeloosheid) over diezelfde periode in desbetreffende landen?

Antwoord 57:
Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft op 8 december 2014 de cijfers over het aantal suïcides in Nederland (gegevens 2013) gepubliceerd.
Ik heb u bij brief van 19 maart 2015 hierover geïnformeerd (Kamerstuk 32 793, nr. 168). Uit deze cijfers blijkt dat in 2013, ten opzichte van 2012, het aantal suïcides is gestegen met 6%.

Van andere Europese landen zijn gegevens beschikbaar over de periode 2000–2011. Hieruit blijkt dat in Griekenland, Ierland, Duitsland, Slowakije, Italië, Polen en Noorwegen (over de periode 2000–2011) ook sprake is van een stijging van het aantal suïcides. In Oostenrijk, Slovenië, Zwitserland, België, Bulgarije en Finland is het aantal suïcides gedaald. In de overige

landen is het aantal suïcides stabiel gebleven[1]. In de landen waarin de suïcides zijn gestegen is in de meeste gevallen ook sprake van economische crisis.

Vraag 58:
Hoe staat het met het integreren van HAP's en SEH's?

Antwoord 58:
Met subsidie van VWS loopt er op dit moment een project bij InEen ter verbetering van de samenhang en samenwerking binnen de keten van acute zorg. Zij constateert dat er de afgelopen jaren veel goede stappen zijn gezet. HAP's en SEH's zitten vaker met elkaar op dezelfde locatie en hebben vaker contact met elkaar over bijvoorbeeld gezamenlijke triages. Aan de andere kant is er ook nog ruimte voor verdere ontwikkeling van samenwerking tussen HAP en SEH. VWS blijft hierbij, door middel van het eerdergenoemde project, inhoudelijk en financieel betrokken.

Vraag 59:
Wat zijn de gevolgen van het opzeggen van het Bestuurlijk Akkoord met de GGZ?

Antwoord 59:
In het bestuurlijk akkoord waren inhoudelijke afspraken gemaakt en afspraken over de budgettaire groeiruimte. De financiële afspraken zijn verwerkt in het budgettair kader en dat kader blijft zo. Over het vervolg van de inhoudelijke agenda van de geestelijke gezondheidszorg ben ik in constructief overleg met partijen. Ik hoop u daar in het najaar over te informeren.

Vraag 60:
Wat is de status van het verbod op verticale integratie, wat onderdeel uitmaakte van het verworpen wetsvoorstel 33.362?

Antwoord 60:
Het wetsvoorstel Verbod op verticale integratie is verworpen door de Eerste Kamer. Mede vanwege de inhoudelijke samenhang met de in hetzelfde wetsvoorstel opgenomen wijziging van artikel 13 Zvw zal het kabinet, zoals eerder gemeld in de brief «Kwaliteit loont» (Kamerstuk 31 765, nr. 116), vooralsnog niet met een nieuw wetsvoorstel komen.

Vraag 61:
Waarom wordt er in het jaarverslag van 2014 geen melding ervan gemaakt, dat het bestuurlijk akkoord met de ggz opgezegd is?

Antwoord 61:
Op pagina 47 van het jaarverslag staat vermeld dat «Eind 2014 hebben verschillende partijen zich gekeerd tegen een eerder afgesproken element uit het tweede akkoord, de wijziging van art. 13 van de Zorgverzekeringswet, eveneens van belang voor het inkopen van goede en doelmatige zorg. Daardoor worden de akkoorden beschouwd als niet langer bestaand».

Vraag 62:
Wanneer wordt het wetsvoorstel met de wettelijke verankering van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet aan de Tweede Kamer gestuurd?

Antwoord 62:

---

[1] British Journal of Psychiatry, 30 Oktober 2014

Het wetsvoorstel waarmee het Zvw-pgb in de Zorgverzekeringswet wordt verankerd, zal deze zomer naar uw Kamer worden gestuurd, zo is het streven.

Vraag 63:
In hoeverre zal ruimte voor de wijkverpleegkundige leidend principe zijn voor de definitieve bekostiging van wijkverpleging?

Antwoord 63:
De (wijk)verpleegkundige is aan zet en bepaalt op basis van haar professioneel handelen welke inzet van zorg nodig en gepast is. Daarin betrekt zij de mate van zelfredzaamheid, de thuissituatie en het sociale netwerk. De zorgvraag van de patiënt staat hiermee centraal. De ruimte die de professional heeft gekregen, is een belangrijke randvoorwaarde voor de hervormingen in de zorg en dient bij te dragen aan betaalbare zorg.

Vraag 64:
Welke behandelingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg zijn uit het pakket gehaald?

Antwoord 64:
Zoals in het jaarverslag vermeld is een versobering van het basispakket voor 2014 niet aan de orde geweest. Er zijn dus ook geen behandelingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg uit het pakket gehaald.

Vraag 65:
Wat was de omzetgroei van de overige behandelingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg die wel onderdeel bleven van het basispakket?

Antwoord 65:
De uitgaven in de curatieve ggz zijn in 2013 met € 105 miljoen (2,5%) gestegen ten opzichte van 2012 (€ 4.224 miljoen – € 4.119 miljoen); zie tabel 20 op pagina 196 van het jaarverslag.

Vraag 66:
Wat was de ontwikkeling van de totale kosten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in het basispakker?

Antwoord 66:
Zie het antwoord op vraag 65.

Vraag 67:
Worden de behaalde besparing in het geneesmiddelenbeleid ook verwerkt als structurele besparingen en dus verwerkt in de begroting van het erop volgende jaar?

Antwoord 67:
Ja, de neerwaartse bijstelling van € 607 miljoen is structureel verwerkt.

Vraag 68:
Voor wat voor bedrag aan gecontracteerde zorg hebben zorgverzekeraar ingekocht in de geestelijke gezondheidszorg? Neemt dit toe of juist af ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 68:
Voor het antwoord op deze vraag is de Marktscan GGZ van de NZa de enige bron.

Uit de Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg die de NZa december heeft gepubliceerd, blijkt dat verwacht wordt dat de contracteergraad curatieve ggz (cggz) in 2014 96,7% van de totale schadelast cggz bedraagt.
Uit de gegevens van de NZa Marktscan GGZ, weergave van de markt 2009–2013 die in april 2014 is uitgebracht, kan uit tabel 7.2 worden afgeleid dat de contracteergraad in de jaren 2011 t/m 2013 tussen de 96 en 97% lag van de totale schadelast cggz.
Geconcludeerd kan worden dat de contracteergraad over deze jaren stabiel is, waarbij de kanttekening moet worden geplaatst dat deze percentages zijn gebaseerd op nog lopende, niet uitgedeclareerde jaren en dus een inschatting betreft.

Vraag 69:
Langer zelfstandig blijven wonen en meedoen is niet voor iedereen weggelegd. Ouderen met een lagere zorgvraag konden voorheen naar het verzorgingshuis, het beleid heeft voor sluiting van vele huizen gezorgd. Hoeveel verzorgingshuizen zijn er afgelopen jaar gesloten?

Antwoord 69:
Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van locaties die sluiten. De trend dat mensen langer thuis blijven wonen is al langer zichtbaar. Tussen 1980 en 2010 is het aantal verzorgingshuisplaatsen afgenomen van ongeveer 150.000 plaatsen naar 84.000 plaatsen, terwijl het aantal 80-plussers in dezelfde tijd meer dan verdubbeld is. Het aantal verpleeghuisplaatsen is in dezelfde periode wel toegenomen (voor een deel door het ombouwen van verzorgingshuisplaatsen) van 46.000 naar 74.000 plaatsen.

Vraag 70:
Langer zelfstandig blijven wonen en meedoen is niet voor iedereen weggelegd. Ouderen met een lagere zorgvraag konden voorheen naar het verzorgingshuis, het beleid heeft voor sluiting van vele huizen gezorgd. Hoeveel kwetsbare ouderen moesten afgelopen jaar verhuizen door dit beleid?

Antwoord 70:
Er wordt geen landelijke lijst bijgehouden van locaties die sluiten en daarmee ook niet van verhuizingen die daarmee gepaard gaan.

Vraag 71:
Langer zelfstandig blijven wonen en meedoen kan in een aangepaste woning. De verwachting is dat in 2040 achter elke vijfde voordeur een 75-plusser woont. Hoe groot is het tekort aan deze woningen op dit moment, over respectievelijk 1, 2, 5, en 10 jaar?

Antwoord 71:
De ontwikkeling van het aantal voor ouderen gerealiseerde geschikte woningen en de verwachte tekorten of overschotten zijn te vinden in de Monitor Investeren voor de Toekomst (MIT), welke wordt uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Deze monitor verschijnt om de drie jaar. De meest recente monitor is verschenen in 2013 en is gebaseerd op gegevens van 2012. In 2016 ontvangt uw Kamer een nieuwe monitor.

Uitgaande van de algemene definitie van voor ouderen geschikte woningen zoals gehanteerd in de MIT, bedroeg het tekort in 2012 landelijk gezien circa 84 duizend geschikte woningen. In dezelfde monitor is een raming gemaakt van de verwachte ontwikkeling van de vraag van ouderen naar geschikte woningen voor de periode tot 2021. Daarbij is rekening gehouden met de vergrijzing van de bevolking en de extramuralisering van ouderen met een (lichte) zorgvraag die voorheen op grond

van een zorgindicatie naar een verzorgingshuis gingen (hierbij is uitgegaan van ZZP1 tot en met 3 en de helft van ZZP4). Indien de woningvoorraad in de periode van 2013 tot 2021 niet verder wordt uitgebreid of aangepast, zal het tekort aan geschikte woningen volgens deze monitor jaarlijks met gemiddeld 45 duizend toenemen.

Het langer zelfstandig wonen heeft echter met meer dan enkel een geschikte woning te maken. Het gaat daarbij bijvoorbeeld ook over de voorzieningen in de buurt, de sociale contacten van mensen en veiligheid. Langer zelfstandig wonen is daarom een gezamenlijk opgave voor burgers, gemeenten, woningcorporaties, zorgaanbieders, zorgkantoren en ondernemers. Het Rijk stimuleert de betrokken partijen via de uitvoering van de Transitieagenda Langer zelfstandig wonen. Daarnaast is het Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen ingesteld om de regionale samenwerking te stimuleren. Voor het reces ontvangt uw Kamer de voortgangsrapportage van de transitieagenda en de voortgangsrapportage van het aanjaagteam.

Vraag 72:
Hoe groot is het tekort in aangepaste woningen voor ouderen en zorgbehoevende mensen in aantallen en per provincie?

Antwoord 72:
Het tekort aan geschikte woningen voor ouderen per provincie is geraamd in de Monitor Investeren voor de Toekomst (MIT) 2012. Daarbij is onderscheid gemaakt naar het tekort aan «verzorgd wonen»[2] en het tekort aan overige geschikte woningen. Tezamen tellen deze tekorten op tot het tekort aan geschikte woningen per provincie in 2012. Zie tabel 1.

[2] De definitie van verzorgd luidt in de Monitor Investeren voor de Toekomst: De situatie waarbij een huishouden in de leeftijd van 55 jaar of ouder in een ouderenwoning woont en zo nodig gebruik kan maken van verpleging en/of verzorging vanuit een nabijgelegen zorgsteunpunt.

Tabel 1. Tekorten aan geschikte woningen per provincie (x1.000), 2012.

Provincies	Verzorgd Wonen	Overige geschikte woningen
Groningen	1,1	-6,3
Friesland	0,7	0,5
Drenthe	1,1	0,3
Overijssel	2,0	9,1
Flevoland	1,0	1,0
Gelderland	3,3	2,3
Utrecht	2,7	-8,5
Noord-Holland	5,4	10,4
Zuid-Holland	11,6	5,4
Zeeland	0,7	2,6
Noord-Brabant	7,2	14,0
Limburg	2,9	13,6
Nederland	39,7	44,4

Bron: MIT 2012, ABF Research
In 2016 ontvangt uw Kamer een nieuwe Monitor.

Vraag 73:

Hoeveel mensen maken gebruik van omscholingstrajecten en voor hoeveel mensen is er nog plek?

Antwoord 73:
Het kabinet heeft € 100 miljoen beschikbaar gesteld voor de sectorplannen in de (langdurige) zorg. De sector en regio's zelf dragen ook ten minste € 100 miljoen bij. In 2014 zijn de trajecten die vallen binnen de regionale sectorplannen in de zorg gestart. De regionale sectorplannen zijn gericht op scholing. In de regio's zijn de zorginstellingen door de regionale werkverbanden uitgenodigd om aanvragen voor scholingstrajecten in te dienen. De regionale sectorplannen gericht op scholing voorzien in een duidelijke behoefte bij werkgevers, om mensen op te scholen en zo te behouden voor de sector. In totaal hebben inmiddels 417 zorginstellingen afspraken gemaakt over ongeveer 80.000 scholingstrajecten die zullen worden ingezet. Het aantal werknemers dat hiermee geholpen wordt, ligt daarmee boven de verwachtte 70.000 scholingstrajecten waar deze 18 regionale plannen aanvankelijk op gericht waren (Kamerstuk 34 104, nr. 25). Het aantal afspraken ligt dus hoger, maar dit wil nog niet zeggen dat de instroom ook zo hoog ligt. Bovendien vallen de kosten voor de trajecten tot nu toe vaak lager uit dan gepland, waardoor meer plaatsen gerealiseerd kunnen worden. Het uiteindelijke aantal plaatsen is afhankelijk van op welke manier deze ingezet worden. Daarnaast verschilt het aantal beschikbare plaatsen en het aantal dat nog gerealiseerd gaat worden per regio. Op dit moment kan hierover nog geen specifiek aantal genoemd worden. Na de zomer verwacht ik meer gegevens hierover te kunnen rapporteren uit een nieuwe monitor sectorplannen zorg.

Vraag 74:
Met ingang van 1 november 2014 is het mogelijk om mantelzorgwoningen vergunningvrij aan te bouwen. Hoeveel van deze mantelzorgwoningen zijn er tot op heden aangebouwd?

Antwoord 74:
Het aantal mantelzorgwoningen dat vergunningvrij wordt gebouwd of geplaatst, wordt niet centraal bijgehouden. Het vergunningvrij kunnen bouwen van mantelzorgwoningen maakt monitoren lastig. Er hoeft namelijk geen vergunning meer te worden aangevraagd.

Vraag 75:
Met ingang van 1 november 2014 is het mogelijk om mantelzorgwoningen vergunningvrij aan te bouwen. Hierdoor hoeven mensen minder snel noodgedwongen naar een verzorgingstehuis te verhuizen. Hoe komen mensen zonder indicatie het verzorginghuis nog in?

Antwoord 75:
Cliënten die behoefte hebben aan een geclusterde woonomgeving (bijvoorbeeld in de omgeving van andere ouderen en met zorg in de nabijheid), kunnen in verzorgingshuizen terecht op basis van «het scheiden van wonen en zorg». Ze betalen dan zelf hun huur en kunnen ter plekke zorg en ondersteuning op maat ontvangen vanuit de Zvw en Wmo.

Vraag 76:
Door de trendmatige verschuiving van instellingszorg naar zorg thuis bij clienten met relatief lichte beperkingen neemt de vraag naar huidige verzorgingstehuizen af. Hoeveel mensen beschikken nog over een indicatie ZZP1, ZZP2, ZZP3 en ZZP4? Hoeveel hiervan wonen nog in een verzorgingshuis?

Antwoord 76:
Op 1 december 2014 waren er ongeveer 58.200 mensen met een indicatie voor VV 1 t/m 4. In 2014 verbleven gemiddeld genomen over het jaar ongeveer 47.800 mensen in een instelling.
Voor de goede orde merk ik op dat ZZP VV 4 ook voor nieuwe cliënten binnen de Wlz recht geeft op een plek in een instelling.

Vraag 77:
Wat heeft de maatregel extramuraliseren ZZP 1 t/m 3 het afgelopen jaar opgeleverd?

Antwoord 77:
In 2014 bedroeg de ingeboekte besparing netto € 50 miljoen.

Vraag 78:
Wat levert de maatregel extramuraliseren ZZP 1 t/m 3 structureel op?

Antwoord 78:
De netto besparing van het extramuraliseren van de lichte ZZP’s is structureel € 330 miljoen per jaar (zie voor specificatie Kamerstuk 33 891, F).

Vraag 79:
Het kabinet heeft in april 2014 een actieplan opgesteld om onnodige ontslagen in de zorg te voorkomen. Hoeveel mensen hebben hun baan nog dankzij de huishoudelijke hulptoelage?

Antwoord 79:
Zie het antwoord op vraag 6.

Vraag 80:
Het kabinet heeft in april 2014 een actieplan opgesteld om onnodige ontslagen in de zorg te voorkomen. Hoeveel mensen zijn er inmiddels ontslagen?

Antwoord 80:
Zie het antwoord op vraag 85.

Vraag 81:
100 miljoen is beschikbaar gesteld voor omscholingstrajecten om mensen aan de slag te kunnen houden. Op welke manier wordt er gebruik gemaakt van deze regeling?

Antwoord 81:
Het kabinet heeft € 100 miljoen beschikbaar gesteld voor de sectorplannen in de (langdurige) zorg. De sector en regio's zelf dragen ook ten minste € 100 miljoen bij. In 2014 zijn deze trajecten gestart. De regionale sectorplannen zijn gericht op scholing. Tot 1 maart 2015 hebben zorginstellingen al ingetekend op ongeveer 80.000 scholingstrajecten, die nu in gang gezet worden. Van de omscholingstrajecten in de regionale sectorplannen zorg wordt ruim de helft (55%) van deze trajecten ingezet in de verpleging, verzorging en thuiszorg, bijna 25% in de gehandicaptenzorg, ruim 10% in de geestelijke gezondheidszorg en minder dan 10% in de overige zorgbranches. Geconcludeerd kan dan ook worden dat de regionale sectorplannen gericht op scholing in een duidelijke behoefte voorzien bij werkgevers en werknemers in de langdurige zorg.

Vraag 82:
Met de huishoudelijke hulp toelage kunnen mensen die finacieel krap zitten een extra bijdrage krijgen zodat meer huishoudelijke hulp behouden kan blijven. Hoeveel mensen maken gebruik van deze regeling?

Antwoord 82:
Zie het antwoord op vraag 6.

Vraag 83:
Per 1 oktober is het interventieteam begonnen met zijn werkzaamheden. Welke werkzaamheden zijn er sindsdien verricht?

Antwoord 83:
Het interventieteam heeft verzoeken van partijen behandeld waarbij het proces rond de inkoop van zorg en ondersteuning in de regio stokte. Daarbij heeft het interventieteam met name een faciliterende rol gehad om het proces weer op gang te helpen. Daarnaast is het team enkele malen op verzoek van partijen ingeschakeld om dreigende ontslagen te voorkomen en/of na te gaan of er sprake is van mogelijke oneigenlijke alfahulpconstructies. In totaal is er tot op heden 25 maal een beroep gedaan op het interventieteam. Partijen geven aan het alert reageren en de rol van het interventieteam te waarderen.

Vraag 84:
100 miljoen voor omscholingsprojecten. Wat zijn de behaalde resultaten in 2014? Hoeveel is er feitelijk uitgegeven en waaraan is het bedrag exact besteedt? Hoeveel mensen zijn er van werk naar werk doorgestroomd met behulp van deze middelen? Hoe effectief is de regeling in verhouding tot andere reïntegratiemiddelen?

Antwoord 84:
Het kabinet heeft € 100 miljoen beschikbaar gesteld voor een landelijk sectorplan en 18 regionale plannen in de (langdurige) zorg. De sector en

regio's zelf dragen ook ten minste € 100 miljoen bij. In 2014 zijn deze trajecten gestart.
De sectorplannen hebben een projectperiode van 2 jaar, waarbinnen de scholingsmaatregelen uitgevoerd worden. Daarnaast is er sprake van een doorlooptijd waardoor er een verschil zit tussen het aantal afspraken over voorgenomen trajecten en daadwerkelijk gestarte of al gerealiseerde trajecten. Veel van de regio's zijn nu bijna een jaar bezig met de uitvoering van het sectorplan en hebben dus nog een jaar voor de uitvoering van hun maatregelen, waarbij voor BBL-trajecten een uitzondering geldt, zodat deze nog na de projectperiode langer mogen doorlopen. Het is al met al te vroeg om iets te zeggen over de effectiviteit van de maatregelen.
Hoeveel er op dit moment is uitgegeven, kan nog niet worden gezegd. De bedragen zijn toegekend, op basis van de afgegeven subsidiebeschikkingen. De definitieve betaling vindt plaats op basis van de gerealiseerde trajecten en gemaakte kosten. De voortgang hierin wordt voortdurend gemonitord en besproken met sectoren. De eindafrekening vindt achteraf plaats, na afloop van de projectperiode.

In de regio's zijn de zorginstellingen door de regionale werkverbanden uitgenodigd om aanvragen voor scholingstrajecten in te dienen. In totaal hebben inmiddels 417 zorginstellingen afspraken gemaakt over ongeveer 80.000 scholingstrajecten die zullen worden ingezet.
In mijn brief aan de Kamer van 14 april 2015 (Kamerstuk 34 104, nr. 25) heb ik aangegeven dat het gebruik van het landelijke Sectorplan Zorg, gericht op van werk naar werk- en mobiliteitstrajecten in de langdurige zorg tot op heden achterblijft. Per 1 maart waren er minder dan 1.000 mobiliteits- en van werk naar werk trajecten aangemeld. Het aantal aangemelde en gestarte trajecten zijn er inmiddels wel meer, maar blijft beperkt ten opzichte van het beoogde aantal van 24.000 trajecten.
Om de in het Raamwerk Sectorplannen afgesproken 100 miljoen toch optimaal te kunnen benutten voor de knelpunten op de arbeidsmarkt in de langdurige zorg, wordt nu samen met de Minister van SZW en betrokken partijen in de zorg bezien op welke wijze achterblijvende realisatie in het landelijke plan alsnog benut kan worden voor (ex)- werknemers in de zorg. In een volgende voortgangsrapportage transitie HLZ na de zomer wordt uw Kamer hierover nader geïnformeerd.

Vraag 85:
Hoeveel zorgverleners uitgesplitst per functie zijn sinds aantreden van het Kabinet Rutte II hun baan verloren?

Antwoord 85:
De arbeidsmarkteffecten van de hervorming langdurige zorg worden nauwlettend in de gaten gehouden met de monitor sectorplannen zorg. Over de eerste uitkomsten van deze monitor bent u geïnformeerd in de voortgangsrapportage HLZ van april (Kamerstuk 34 104 nr. 25).
De monitor sectorplannen biedt gedetailleerde informatie over het aantal ontslagaanvragen en de instroom in de WW. De informatie uit de monitor sectorplannen is beschikbaar over het jaar 2014 en verder en wordt uitgesplitst naar branche. Gedetailleerde informatie over de periode voor 2014 is echter niet beschikbaar en een uitsplitsing naar functie is niet mogelijk.
In heel 2014 zijn door werknemers in de langdurige zorg ruim 40.000 WW-aanvragen bij het UWV ingediend, daarvan zijn er bijna 35.000 verleend. Tegenover deze instroom van 35.000 personen in de WW staat een uitstroom van 30.000 personen uit de WW. Het aantal lopende WW-uitkeringen van werknemers uit de langdurige zorg is door deze in- en uitstroom met 5.000 personen gestegen, van 23.000 in januari 2014 naar ca. 28.000 in december 2014.

Na de zomer verwachten wij meer gedetailleerde informatie over de achtergronden van de instroom in en uitstroom uit de WW. Deze zullen met uw Kamer worden gedeeld.

Vraag 86:
Hoeveel mantelzorgers en vrijwilligers telt Nederland en hoeveel mantelzorgers zijn overbelast?

Antwoord 86:
In 2008 waren er volgens het SCP ca. 3,5 miljoen mantelzorgers in Nederland waarvan er ca. 2,6 miljoen langdurig en/of intensief mantelzorgen. Dat jaar waren ca. 450.000 mantelzorgers in Nederland overbelast.[3]

In 2010 zouden in Nederland zo'n 450.000 mensen als vrijwilliger in zorg en ondersteuning actief zijn. Als het vrijwilligerswerk in andere sectoren dat ook bijdraagt aan het welbevinden van mensen wordt meegenomen, zijn er volgens het SCP ruim 5,5 miljoen vrijwilligers actief.[4]

December 2015 verschijnt het kwantitatieve SCP-onderzoek betreffende de stand van zaken informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerswerk), met daarin meer actuele cijfers omtrent aantallen mantelzorgers en vrijwilligers, inclusief de overbelasting van mantelzorgers.[5]

Vraag 87:
Gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor alle jeugdhulp. Is er bekend hoeveel kinderen er per gemeenten in zorg zijn?

Antwoord 87:
Op dit moment hebben we geen cijfers over het aantal kinderen in zorg. In juli 2015 publiceert het CBS de cijfers van de eerste benchmark beleidsinformatie jeugdhulp op Statline, de site van de Jeugdmonitor en Waar staat je gemeente. Deze benchmark bevat cijfers van het aantal kinderen in hulp per gemeente over de periode januari tot en met maart 2015. De cijfers tot en met juli worden in oktober gepubliceerd. Vanaf dat moment worden halfjaarlijkse cijfers over het jeugdhulpgebruik gepubliceerd in de maanden april en oktober.

Vraag 88:
Hoeveel kinderen maakten het afgelopen jaar gebruik van specialistische jeugdhulp?

Antwoord 88:
Op dit moment is er geen volledig beeld van het gebruik van specialistische jeugdhulp in 2014.

Vraag 89:
Maatschappelijke ontwikkelingen werkt het medicijngebruik onder jongeren met ADHD in de hand. Het ZonMw-programma Goed Gebruik Geneesmiddelen gaat in op de langetermijneffecten van deze medicijnen. Is de uitkomst hiervan al bekend? Zo nee, wanneer wel?

---

[3] Informele zorg in Nederland, een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg, SCP, juni 2013.

[4] Informele zorg in Nederland, een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg, SCP, juni 2013.

[5] Aan het onderzoek ligt ten grondslag de motie van het lid Bergkamp C.S. van 10 december 2012 waarin het SCP wordt verzocht onderzoek te verrichten naar de stand van zaken van de informele zorg (Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 100.

Antwoord 89:
De uitkomsten van de twee desbetreffende onderzoeken zijn nog niet bekend. De resultaten hiervan worden in het najaar van 2016 en het najaar van 2017 verwacht.

Vraag 90:
Kunnen de meevallende zorguitgaven over 2014 van circa 0,8 miljard uitgesplitst worden naar care en cure?

Antwoord 90:
De meevallende zorguitgaven over 2014 van circa € 0,8 miljard bij de cure en de care betreffen mutaties die na de 2e suppletoire wet 2014 hebben plaatsgevonden. Deze mutaties zijn in de verdiepingsparagraaf vanaf pagina 202 tot en met 227 per deelsector gepresenteerd als nieuwe mutaties (mutaties jaarverslag 2014). Deze mutaties bij elkaar opgeteld en uitgesplitst naar cure en care zijn als volgt:
– Cure circa € 0,6 miljard.
– Care circa € 0,2 miljard.
De belangrijkste mutaties zijn in de verdiepingsparagraaf verder per deelsector toegelicht.

Vraag 91:
Waarop is de verwachting gebaseerd dat de zorguitgaven van 2014 op 2015 ongeveer gelijk zullen blijven? Wat is de hardheid van de onderliggende cijfers van deze verwachting?

Antwoord 91:
Ten tijde van het opstellen van de VWS-begroting 2015 was de inschatting op basis van de toen beschikbare cijfers dat de BKZ-uitgaven van 2014 op 2015 nauwelijks zouden groeien (zie hiervoor tabel 2 van het Financieel Beeld Zorg op pagina 144 van die begroting). Inmiddels wordt in de 1e suppletoire wet 2015 een onderschrijding geraamd van het BKZ met € 0,3 miljard. Op basis hiervan wordt dit jaar geen substantiële groei van de zorguitgaven verwacht. Omdat voor het jaar 2015 nog geen realisatiecijfers beschikbaar zijn is deze raming met de nodige onzekerheden omgeven.

Vraag 92:
Hoe kan het dat er voor de huisartsenzorg in 2014 – 0,9% gerealiseerd is, terwijl huisartsen 2,5% mochten groeien? Betekent dit dat substitutie en zorg dichtbij huis onvoldoende van de grond komt?

Antwoord 92:
In het kader van zorg dichtbij huis en het realiseren van substitutie is versterking van de eerste lijn, en van de huisartsenzorg specifiek, van belang. Daarom is in het akkoord Eerste Lijn 2,5% groeiruimte met de sector afgesproken. Deze groeiruimte biedt verzekeraars en huisartsen mogelijkheden om substitutie en zorg dichtbij huis vorm te geven. Deze groeiruimte is voor de jaren 2014 tot en met 2017 toegevoegd aan het kader.

In de uitgaven zien we dat de sector aan het groeien is en dat de groeiruimte, zij het niet volledig, gebruikt wordt. Ten opzichte van 2013 zien we in 2014 een toename in de uitgaven van € 170 miljoen (waarvan € 69 miljoen de nominale bijstellingen 2014 betreft). De sector is daarmee met € 101 miljoen gegroeid.
In figuur 2 op pagina 180 is gemeld dat er op de sectoren huisartsen en multidisciplinaire zorg sprake is van een onderschrijding van per saldo – 0,9% (NB: Dit is het saldo van een onderschrijding van € 43 miljoen in de uitgaven voor huisartsenzorg en een overschrijding van € 17 miljoen

bij de multidisciplinaire zorg). De onderschrijding bij de huisartsen betreft geen achteruitgang in uitgaven, maar slechts de niet ingevulde groeiruimte.

Om in beeld te brengen of substitutie en zorg dichtbij huis tot stand komen is met veldpartijen afgesproken dat er een substitutiemonitor wordt ingesteld. Daarvan heeft u op 9 april 2015 de eerste rapportage ontvangen (TK 33 654, nr. 14). In de rapportage zien we dat substitutie voorzichtig op gang aan het komen is. De verwachting is dat in de loop van 2015 een compleet beeld hierover te geven is.

Vraag 93:
Wat is de oorzaak van de afname van de vraag naar zorg in natura (218 miljoen)?

Antwoord 93:
Voor het jaar 2014 is er – ten opzichte van de ontwerpbegroting 2014 – sprake van een onderschrijding van de geraamde uitgaven aan zorg in natura van € 218 miljoen. Er is hiermee geen sprake van een afname van (de uitgaven aan) zorg in natura, maar van een minder grote stijging dan eerder geraamd. Tabel 20 uit het jaarverslag laat zien dat de uitgaven aan zorg in natura per saldo zijn gestegen met € 675 miljoen van € 24,2 miljard naar € 24,9 miljard.

Vraag 94:
Wat is de verklaring voor de lagere volumegroei op het genees- en hulpmiddelenkader?

Antwoord 94:
De volumegroei wordt onder andere beïnvloed door in- en uitstroom van middelen, beleid van zorgverzekeraars en -aanbieders, bevolkingsgroei en de vergrijzing van de bevolking. Het is daardoor niet mogelijk om een exacte verklaring te geven voor de lagere volumegroei ten opzichte van verleden en de verwachtingen.

Vraag 95:
Wat zijn de consequenties van het ontbreken van de cijfers voor de medisch-specialistische zorg en de GGZ?

Antwoord 95:
Door het ontbreken van de cijfers 2014 voor de medisch-specialistische zorg en de curatieve ggz is er nog geen definitief totaalbeeld van de zorguitgaven over 2014. Voor beide sectoren geldt dat besluitvorming over het al dan niet inzetten van het mbi pas op een later moment kan worden genomen. Voor de medisch-specialistische zorg wordt die besluitvorming verplaatst naar eind 2016. Voor de curatieve ggz is het streven erop gericht in 2016 te bepalen of en zo ja voor welk bedrag het mbi wordt ingezet.

Vraag 96:
Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de forse onderschrijding bij de grensoverschrijdende zorg?

Antwoord 96:
De uitgaven grensoverschrijdende zorg zijn onderverdeeld in de uitgaven binnen en de uitgaven buiten het macroprestatiebedrag (mpb).

Onderschrijding binnen het macroprestatiebedrag

De onderschrijding binnen het macroprestatiebedrag betreft een bedrag van € 83,6 miljoen. Het gaat om de lasten die zijn gemaakt door Zvw-verzekerden in het buitenland. Dit zijn bijvoorbeeld grensarbeiders of expats, mensen die in het buitenland tijdens vakantie (spoed-)zorg nodig hebben of mensen die speciaal voor een medische behandeling naar het buitenland gaan.
Uitgaven voor grensoverschrijdende zorg binnen het macroprestatiebedrag laten zich moeilijk ramen en blijken jaarlijks te fluctueren. Dit is ook gebleken in het Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) Grensoverschrijdende zorg dat in 2014 is afgerond (Kamerstuk 29 689, nr. 5). Het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) wijst de uitgaven gedeeltelijk toe aan het jaar waarin de zorg is betaald (rapportage op kasbasis) in plaats van naar het jaar waarin de zorg is verleend (rapportage op transactiebasis). Doordat het declaratieproces vanuit het buitenland lange termijnen kent en er soms sprake is van bulkindiening of bulkafhandeling kunnen de rapportages en daardoor de ramingen een vertekend beeld geven. Daarnaast kunnen fluctuaties binnen macroprestatiebedrag worden veroorzaakt door een toe- of afname van grensoverschrijdend personenverkeer, bijvoorbeeld het aantal vakanties in het buitenland of ontwikkelingen in de internationale arbeidsmobiliteit.

Onderschrijding buiten macroprestatiebedrag

De onderschrijding buiten het macroprestatiebedrag bedraagt € 180,5 miljoen. Het betreft de zorgkosten van verdragsgerechtigden. Dit zijn mensen die buiten Nederland wonen en niet Zvw-verzekerd zijn, maar op grond van Verordening (EG) nr. 883/2004 of een bilateraal sociale zekerheidsverdrag in hun woonland een «verdragsrecht» hebben op medische zorg ten laste van Nederland. Concreet gaat het om in het buitenland wonende pensioengerechtigden en hun gezinsleden of gezinsleden van in het buitenland wonende Zvw-verzekerden (bijvoorbeeld gezinsleden van grensarbeiders). Voor dit verdragsrecht op zorg betalen verdragsgerechtigden een verdragsbijdrage aan het Zorginstituut (voor het Zorgverzekeringsfonds).

De kosten buiten macroprestatiebedrag fluctueren van jaar tot jaar doordat de afhandeling van het internationale declaratieverkeer lange termijnen kent. Daarnaast zijn deze zorgkosten van meer variabelen afhankelijk, zoals bijvoorbeeld wisselkoersen, stelselwijzigingen in andere landen of de wijze van de berekening van declaraties in het buitenland. Hierdoor zijn ramingen voor kosten buitenland per definitie met een grotere onzekerheid omgeven. De onderschrijding met betrekking tot het jaar 2014 is echter uitzonderlijk hoog. Dit komt doordat met een aantal landen wordt gewerkt met een «kostprijs» voor zorg.[6] De raming van de kostprijs voor zorg in enkele landen was hoger dan de definitieve kostprijs. Hierdoor moesten de kostprijzen over verschillende jaren achteraf naar beneden toe worden bijgesteld. Deze zijn verwerkt in de gerapporteerde kosten over 2014. Het betreft een incidentele bijstelling.

Vraag 97:
Welke gevolgen heeft de forse onderschrijding bij de grensoverschrijdende zorg voor de plannen van de Minister om de werelddekking af te schaffen?

---

[6] Dit is een standaardprijs die wordt berekend voor de kosten van zorg in een bepaald land. Deze kostprijs wordt vastgesteld aan de hand van de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale ziektekostenverzekering en wordt vermenigvuldigd met het aantal verdragsgerechtigden in het betreffende land.

Antwoord 97:
Uit het antwoord op vraag 96 blijkt dat de kosten van grensoverschrijdende zorg van jaar tot jaar (sterk) fluctueren. Dit is ook een van de conclusies van het IBO Grensoverschrijdende zorg dat in 2014 is afgerond. Volgend jaar kan het beeld dus weer anders zijn. Specifiek met betrekking tot de kosten buiten macroprestatiebedrag over 2014 is sprake van een eenmalige aanpassing van zorgkosten van voorgaande jaren, waardoor de onderschrijding over 2014 uitzonderlijk hoog is.

De onderschrijding over het jaar 2014 kan daarom ook geen gevolgen hebben voor de plannen om de werelddekking in de Zorgverzekeringswet buiten de EU af te schaffen.

Vraag 98:
Wanneer wordt de Tweede Kamer geïnformeerd over de cijfers over 2014 met betrekking tot de instellingen voor de medisch-specialistische zorg en de GGZ nu die niet in het beeld zijn opgenomen? Lukt dit voor de begrotingsbehandeling van het jaar 2016?

Antwoord 98:
De voorlopige schadelastgegevens over 2014 die we van het Zorginstituut hebben ontvangen voor het jaarverslag 2014 bevatten voor wat betreft de instellingen voor medisch-specialistische zorg en de ggz nog grote onzekerheden. Zo gaat het bij de MSZ-instellingen voor circa de helft om declaratiegegevens en verder om bijschattingen van verzekeraars. Voor de GGZ is de schadelast zelfs voor 90% gebaseerd op bijschattingen van verzekeraars.
Daarom heb ik ervoor gekozen de voorlopige realisatiecijfers voor deze sectoren niet in het jaarverslag 2014 op te nemen, maar vooralsnog te blijven uitgaan van de ramingen waarop de mbi-bedragen voor deze deelsectoren zijn gebaseerd. Dat zal ook het geval zijn bij de begroting voor het jaar 2016. Naar verwachting beschik ik bij het jaarverslag 2015 over stabielere realisatiecijfers over 2014. De voorlopige schadelastgegevens van het Zorginstituut zijn overigens te raadplegen op www.zorgcijfersdatabank.nl.

Vraag 99:
Wat zijn de eerste inzichten over de cijfers met betrekking tot de instellingen voor de medisch-specialistische zorg en de GGZ over 2014? Wanneer wordt de Tweede Kamer hier wel over geïnformeerd?

Antwoord 99:
In mijn brief van 31 maart 2015 (Kamerstuk 29 248, nr. 282) over de overschrijdingen bij de instellingen voor medisch-specialistische zorg 2012 en 2013 heb ik aangegeven dat de voorlopige cijfers voor 2014 laten zien dat de uitgaven in dat jaar nagenoeg overeenkomen met het beschikbare kader. Ook bij de GGZ zijn er vooralsnog geen aanwijzingen voor een overschrijding van het budgettaire kader in 2014. Dit sterkt het vertrouwen dat er, als er blijvend aandacht is voor kostenbeheersing, in komende jaren sprake zal zijn van een beheerste uitgavenontwikkeling. Zie verder het antwoord op vraag 98.

Vraag 100:
Waarom zijn in het jaarverslag nog niet de cijfers over 2014 met betrekking tot de instellingen voor de medisch specialistische zorg en de GGZ opgenomen?
Is het mogelijk om op dit moment al wel een indicatie te geven van de cijfers over 2014?
Wanneer kunnen wel de definitieve cijfers worden geleverd zodat hier conclusies uit kunnen worden getrokken?

Antwoord 100:
Zie de antwoorden op de vragen 98 en 99.

Vraag 101:
Hoeveel ZBC's hebben gebruik gemaakt van de GO Cure-regeling? Om wat voor bedrag gaat het in totaal?

Antwoord 101:
Vijf ZBC's hebben van de Go Cure-regeling gebruik gemaakt. Het oorspronkelijke garantiebedrag hiervan was € 7 miljoen. Dit garantiebedrag is inmiddels gehalveerd.

Vraag 102
Wat houdt de uitstaande lening aan het IJsselmeerziekenhuis in met een looptijd van drie jaar? Waarom is deze lening verstrekt?

Antwoord 102
De Stichting IJsselmeerziekenhuizen heeft in het voorjaar van 2009 twee leenovereenkomsten (van € 12,5 respectievelijk € 2 miljoen) gesloten met VWS als gevolg van financiële problemen. De IJsselmeerziekenhuizen werden destijds aangemerkt als systeemziekenhuis waarbij de continuïteit van zorg moest worden gewaarborgd. In 2013 is met IJsselmeerziekenhuizen afgesproken dat deze lening in termijnen wordt afbetaald.
Ook in mijn brief aan de Kamer van 10 december 2014 over de inventarisatie van specifieke financiële toezeggingen staat deze lening vermeld (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 95).

Vraag 103:
Hoe komt het dat de achterborgstelling van VWS ten opzichte van het Waarborgfond met circa 350 miljoen is gedaald?

Antwoord 103:
Het totale garantievermogen van het WFZ is in 2014 afgenomen door reguliere aflossingen op langlopende leningen in combinatie met een dalend volume aan nieuwe garanties in 2014. Het dalende volume aan nieuwe garanties hangt samen met een terugloop in investeringsactiviteiten door zorginstellingen (Bron: jaarverslag WFZ 2014).

Vraag 104:
Hoeveel meer zijn zorginstelling kwijt aan kapitaallasten omdat VWS 350 miljoen euro minder garant staat?

Antwoord 104:
De daling van het garantievolume hangt samen met een afname van langlopende schulden. Door de aflossingen van bestaande leningen en terugloop van nieuwe leningen is eerder sprake van een daling dan een stijging van de kapitaallasten die verband houden met vastgoedinvesteringen. Zie ook antwoord 103.

Vraag 105:
Wat is de gemiddelde levensverwachting en aantal jaren als in goed ervaren gezondheid uitgesplitst naar opleidingsniveau?

Antwoord 105:

OPLEIDINGSNIVEAU

Levensverwachting (2009–2012)	Mannen	Vrouwen
Basisonderwijs	75,3	80
Vmbo	78,3	83,3
Havo, vwo, mbo	79,9	85,1
Hbo, universiteit	81,8	86,1

Gezonde levensverwachting in als goed ervaren gezondheid (2009–2012)	Mannen	Vrouwen
Basisonderwijs	53	53,1
Vmbo	61,2	62,1
Havo, vwo, mbo	66,3	66,3
Hbo, universiteit	71,5	72,1

Bron:
http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71885ned&D1=0–4&D2=a&D3=0,14&D4=a&D5=0&D6=l&VW=T

Vraag 106:
Wat is de gemiddelde levensverwachting en aantal jaren als in goed ervaren gezondheid uitgesplitst naar inkomensniveau?

Antwoord 106:

INKOMENSKLASSE*

Levensverwachting (2007–2010)	Mannen	Vrouwen
Laagste inkomensklasse	74,4	78,8
Laag midden inkomensklasse	78,6	84,1
Midden inkomensklasse	80,5	85,1
Hoog midden inkomensklasse	81,8	85,4
Hoogste inkomensklasse	82,5	85,6

Levensverwachting (2007–2010)	Mannen	Vrouwen
Laagste inkomensklasse	53,7	52,8
Laag midden inkomensklasse	60,9	60,6
Midden inkomensklasse	65,1	65,1
Hoog midden inkomensklasse	68,7	67,8
Hoogste inkomensklasse	71,7	71,7

Bron:
http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=80298ned&D1=1–5&D2=a&D3=a&D4=a&D5=a&D6=(l-11)-l&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4,G5&VW=T
* Het besteedbare huishoudensinkomen is het totaal aan loon, winst en inkomen uit vermogen, vermeerderd met uitkeringen en toelagen en verminderd met premies en belastingen. Gecorrigeerd voor omvang en samenstelling van het huishouden levert dat vervolgens het gestandaardiseerd besteedbare huishoudensinkomen.

Vraag 107:
In hoeverre maken de deelnemers aan het Nationaal Programma Preventie gebruik van bewezen effectieve interventies?

Antwoord 107:
Het is de bedoeling dat de partners van Alles is Gezondheid... zoveel en waar mogelijk gebruik maken van bewezen effectieve interventies. Echter voor een aantal doelstellingen van het programma, bijvoorbeeld het stabiliseren of verkleinen van de gezondheidsachterstanden, zijn nog maar weinig bewezen effectieve interventies voor handen. In deze

gevallen wil het programma juist innovatie stimuleren en dat betekent dat de effectiviteit niet op voorhand vaststaat. In het preventieprogramma van ZonMw wordt de effectiviteit onderzocht van een aantal nieuwe interventies van partners van Alles is Gezondheid... Het is namelijk de bedoeling om in het derde programmajaar een krachtige aanzet te geven om de versnipperde incidentele preventieprojecten achter ons te laten en alleen de echt effectieve initiatieven breed in te voeren en structureel te verankeren.

Vraag 108:
Hoe duidt de regering het dat 100 van de 2000 scholen er in 2015 in geslaagd zijn om te zorgen voor een gezonde schoolkantine? Wat zijn de ambities en daaruit voortkomende inspanningen van de regering op dit punt?

Antwoord 108:
Ik ben niet bekend met het door u genoemde aantal van 100 scholen. Ik kan u wel de meest actuele informatie verstrekken zoals deze bij de Gezonde Schoolkantine Brigade van het Voedingscentrum bekend is. Deze Brigade voorziet in de advisering op maat en ondersteuning die scholen graag willen bij het realiseren van een gezonde(re) schoolkantine. Een gezonde schoolkantine houdt in dat wordt voldaan aan de Richtlijnen Gezonde Schoolkantine. Dit betekent dat minimaal 75% van het voedingsaanbod op school gezond is en de resterende 25% uit extra's bestaat.

De Brigade heeft een overzicht met de laatste stand van zaken. Het algehele beeld met betrekking tot gezonde schoolkantines in het VO en MBO ziet er als volgt uit.
69% van de schoollocaties in het VO is aan de slag met het realiseren van een gezonde(re) schoolkantine. Hiervan voldoet 15% aan de Richtlijn Gezonde Schoolkantine. 2% van de scholen heeft geen kantine en 9% van de scholen geeft aan geen behoefte te hebben aan een advies op maat van de Brigade.
In het MBO is 45% van de schoollocaties aan de slag met het realiseren van een gezonde(re) schoolkantine. Hiervan voldoet 9% aan de richtlijn gezonde schoolkantine. 8% van de scholen heeft geen kantine en 4% van de scholen geeft aan geen behoefte te hebben aan een advies op maat van de Brigade.

Sinds 2013 zijn intussen ruim 1.000 scholen bezocht en voorzien van een advies op maat en desgewenst ondersteuning. Van deze door de Brigade bezochte scholen voldoet 25% aan de Richtlijnen Gezonde Schoolkantine.

Eind 2014 zijn alle scholen die nog niet bekend waren bij de Brigade aangeschreven. Daarin zijn ze geïnformeerd over de Gezonde schoolkantine en is het aanbod gedaan om advies op maat en ondersteuning te krijgen van de Brigade. Het is uiteindelijk aan de school zelf om te bepalen of ze aan de slag gaan met het gezond(er) maken van het aanbod in de schoolkantine.

Voor oktober kom ik overeenkomstig de motie Wolbert en met de kennis en ervaring van voorgaande jaren met een plan van aanpak voor de komende jaren. Mijn ambitie is overeenkomstig de beide moties (Vendrik uit 2009 en Wolbert uit 2015) dat uiteindelijk het voedingsaanbod in alle schoolkantines gezond is.

Vraag 109:
In hoeverre deelt de regering de mening dat gezien de minimumleeftijd van 18 jaar, ieder schoolplein rookvrij zou moeten zijn en dat daar niets vrijblijvends aan is?

Antwoord 109:
Ik deel uw mening dat ieder schoolplein rookvrij zou moeten zijn, gezien het feit dat voor tabaksverkoop een minimum leeftijd geldt. Steeds meer scholen zijn ook rookvrij. In 2014 is 48% van de vo-scholen rookvrij, in 2013 was dit nog 34%.
Ik realiseer me wel dat er een groep scholen is die moeilijk te bereiken is met dit onderwerp. Ik ondersteun daarom een tweejarig plan van de onderwijssectorraden (PO-, VO- en MBO-raad), het Longfonds, de GGD-en en het Trimbos-instituut om alle scholen, ook in het mbo rookvrij te maken. Scholen kunnen zich ook profileren op dit thema door een vignet Gezonde School te behalen.
Gezien de positieve trend zie ik geen aanleiding voor aanvullende wetgeving, los van het feit dat ik betwijfel of wetgeving voor scholen effectief zal uitpakken. De keuze voor een rookvrij schoolterrein is aan de school zelf, waarbij de scholen wel verleid worden met een aanbod voor advies en ondersteuning.

Vraag 110:
Hoe verklaart de regering dat er circa 274 miljoen euro meer binnenkwam dan begroot aan rookaccijnzen terwijl de accijnzen gelijk zijn gebleven en er geen strake was van volumegroei?

Antwoord 110:
De hogere inkomsten in 2014 ten opzichte van 2013 worden veroorzaakt door een combinatie van effecten, waarbij de inkomsten in 2013 relatief laag en de inkomsten in 2014 relatief hoog uit zijn gevallen. In het eerste kwartaal van 2013 waren de ontvangsten relatief laag met name vanwege anticipatiegedrag eind 2012 door zowel consumenten als door de tabaksfabrikanten en groothandel met het oog op accijnsverhoging per 1 januari 2013. Naar verwachting hebben de consumenten, tabaksfabrikanten en groothandel eind 2014 wederom geanticipeerd op de verhoging van de accijns van sigaretten en rooktabak (per 1 januari 2015) door een (grotere) voorraad tabaksproducten in te kopen. De combinatie van deze effecten leidt tot een relatief forse toename van de tabaksaccijnsontvangsten in 2014 ten opzichte van 2013.

Vraag 111:
Waarom heeft de regering circa 7,7 miljoen euro minder dan begroot uitgegeven aan het Nationaal Programma Preventie? Kan de regering na dit feit nog volhouden dat zij grootse ambities heeft om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen en de achterblijvende gezondheid van inwoners van achterstandswijken en krimpgebieden te verbeteren? Hoe valt dit uit te leggen?

Antwoord 111:
Er is geen € 7,7 miljoen minder aan het Nationaal Programma Preventie (NPP) uitgegeven dan begroot. Ten eerste is de begrotingspost breder dan het NPP. Ongeveer € 1,0 miljoen is minder uitgegeven aan ondersteuningsprogramma’s op het gebied van medische milieukunde, kennisplatforms en versterking van de publieke gezondheidszorg. Dit kwam vooral omdat betrokken veldpartijen meer tijd nodig hadden om tot een goede invulling van de programma’s te komen.
Ten tweede zijn de middelen voor het NPP voor een deel bij andere begrotingsposten en programma’s ondergebracht. In het kader van de integrale aanpak van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen is bijvoorbeeld € 5,0 miljoen extra toegevoegd aan het Gemeentefonds (GIDS-gelden) en 0,9 miljoen aan de subsidie aan Pharos. Om onze ambities met betrekking tot de gezondheidsachterstanden te onderstrepen heeft het kabinet in 2015 de GIDS-gelden met € 10,0 miljoen uitgebreid zodat meer gemeenten dit probleem aan kunnen pakken. Het gaat daarbij

ook om kleinere gemeenten in krimpgebieden. Verder zijn op verzoek van uw Kamer middelen beschikbaar gekomen voor de financiering van de aanpak van de gezondheidsverschillen in de Veenkoloniën (€ 1,25 miljoen per jaar voor een periode van 8 jaar).

Vraag 112:
Hoe komt het dat er minder is uitgegeven dan begroot voor infectieziekte-preventie, terwijl de dreiging van infectieziekten juist groter werd?

Antwoord 112:
Ik neem aan dat u hiermee de onderbesteding van € 460.000 bedoelt voor het RIVM: Infectieziektebestrijding en/of bevordering seksuele gezondheid. De onderbesteding is veroorzaakt doordat het Ministerie van Veiligheid en Justitie haar bijdrage van € 150.000 aan de stichting Arq heeft stopgezet. Verder zijn als gevolg van het faillissement van de Schorerstichting activiteiten ondergebracht bij andere organisaties. Hiervoor was niet het gehele budget benodigd dat eerder voor de Schorerstichtng beschikbaar was.

Vraag 113:
Hoe valt de onderbesteding aan bevolkingsonderzoeken te verklaren?

Antwoord 113:
De onderbesteding wordt voor het grootste deel veroorzaakt door een afboeking bij 1e suppletoire wet van € 9,6 miljoen voor Antivirale middelen. Deze middelen zijn langer houdbaar dan de eerder aangegeven periode. De Gezondheidsraad gaat opnieuw adviseren over de eventuele aanschaf van antivirale middelen. In afwachting van dit advies (eind 2015) is in 2014 niet tot vervanging overgegaan.
Verder is € 1,8 miljoen overgeheveld naar en ingezet via het instrument RIVM: Uitvoering Subsidieregeling Publieke Gezondheid. Via dit instrument worden onder ander de subsidies van de bevolkingsonderzoeken gefinancierd.

Vraag 114:
Hoe is het verschil tussen realisatie en begroting mbt de preventie van schadelijke middelengebruik (alcohol, drugs en tabak) te verklaren?

Antwoord 114:
Voor een groot deel is dit verschil te verklaren doordat een aantal bij de post «Preventie van schadelijk middelengebruik ADT» begrote uitgaven om financieel technische redenen ten laste van de post «Verslavingszorg» is geboekt. Daarnaast is een aantal voorgenomen activiteiten niet of tegen lagere kosten uitgevoerd. Deze onderbesteding had echter geen gevolgen voor de resultaten van het beleid.

Vraag 115:
Waarom is er, zeker gezien het grote belang, onderbesteed op een gezonde leefstijl voor de jeugd?

Antwoord 115:
Een gezonde leefstijl voor de jeugd is – nog steeds – één van de prioriteiten van het preventiebeleid. Aan de geconstateerde verschillen liggen geen beleidsinhoudelijke wijzigingen c.q. beweegredenen ten grondslag: de structureel geïntensiveerde middelen voor de bestrijding van overgewicht bij kinderen die volgen uit het Begrotingsakkoord 2013 (Kamerstuk 33 280, nr. 1) zijn in 2013 op de begroting opgenomen onder «Gezonde leefstijl jeugd». In 2014 zijn deze middelen overgeheveld naar de post «Gezonde voeding en gezond gewicht / JOGG», omdat deze activiteiten grotendeels gericht zijn op stimulering van een gezond gewicht bij

kinderen. Vanaf deze post zijn deze gelden besteed en is geen onderbesteding opgetreden.

Vraag 116:
Hoe rijmt de ambitie vanuit het Nationaal Programma Preventie om in 2030 een daling van 19% van het aantal rokers van de volwassen bevolking te behalen met de onderschrijding van 2,1 miljoen euro op preventie van schadelijk middelengebruik?

Antwoord 116:
Dit betreft geen daadwerkelijk substantiële onderschrijding, zie het antwoord op vraag 114.
De ambitie vanuit het Nationaal Programma Preventie is nog steeds actueel.

Vraag 117:
Hoe moet de onderschrijding van 2,1 miljoen euro op het budget voor schadelijk middelengebruik geïnterpreteerd worden als recentelijk uit CBS-cijfers nog bleek dat er geen daling is van bv het aantal rokers t.o.v. 2013?

Antwoord 117:
Dit betreft geen daadwerkelijk substantiële onderschrijding, zie het antwoord op vraag 114.

Vraag 118:
Waarom heeft er geen voedselconsumptiepeiling plaatsgevonden?

Antwoord 118:
De voedselconsumptiepeiling (VCP) biedt inzicht in de voedselconsumptie voor personen van 1–79 jaar (1 keer per 6 jaar). In oktober 2012 is gestart met het verzamelen van gegevens voor een volgende VCP. De gegevensverzameling kent een 6-jarige cyclus. Binnen de 6 jaar vindt 4 jaar gegevensverzameling plaats, dit wordt gevolgd door twee jaar voor analyses, rapportage van de voedingskundige beoordeling per subgroep en het voorbereiden van de volgende cyclus. Dit betekent dat eind 2018 de volgende volledige rapportage van de VCP wordt verwacht. In de huidige cyclus zal medio 2016 een tussenrapportage worden opgeleverd over de tot dan toe verzamelde gegevens. Deze is globaal van aard en richt zich niet op de aparte leeftijdsgroepen.

Vraag 119:
Waarom is er 1,5 miljoen minder besteed aan de centrale commissie mensgebonden onderzoek? Waarom is de realisatie 61.000 euro?

Antwoord 119:
De uitgaven van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) dienen in verband met het Verantwoord Begroten te worden geboekt op de Apparaatsuitgaven. Daartoe zijn de beschikbare middelen overgeheveld van Artikel 1 naar Artikel 10. De uitgaven voor de CCMO op artikel 10 bedroegen in 2014 € 1,6 mliljoen.

Vraag 120:
Waarom waren de uitgaven voor de stichting Q-koorts lager dan verwacht?

Antwoord 120:
De stichting Q-koorts is in september 2013 van start gegaan met het opbouwen en inrichten van de organisatie, het opstellen van een meerjarenplan- en begroting. Begin april 2014 heeft de stichting subsidie

aangevraagd voor de activiteiten waar zij toen al zicht op hadden. Hierdoor waren de uitgaven lager dan verwacht.
Onlangs heeft de stichting voor de aanvullende activiteiten een aanvulling op de eerdere subsidieaanvraag aangevraagd. Deze zal binnenkort worden verleend.

Vraag 121:
Waarom is veel minder aan bevolkingsonderzoeken besteed?

Antwoord 121:
Zie het antwoord op vraag 113.

Vraag 122:
Heeft de onderuitputting van 1,3 miljoen euro voor de uitgaven voor de Stichting Q-koort en de bijdrage aan de Wereldbank voor The Economic Cost of Antimicrobial Resistance nog effecten voor de uitgaven die in 2015 en verder worden gedaan op dit product?

Antwoord 122:
De onderuitputting heeft geen effect op de hoogte van uitgaven voor de stichting Q-koorts en de bijdrage aan de Wereldbank voor The Economic Cost of Antimicrobial Resistance. Deze uitgaven vinden alleen later plaats dan eerder verwacht.
De bijdrage aan de Wereldbank is inmiddels verstrekt en komt ten laste van 2015. De stichting Q-koorts heeft onlangs voor de aanvullende activiteiten een aanvulling op de eerdere subsidieaanvraag aangevraagd. Deze zal binnenkort worden verleend en komt ten laste van de jaren 2015–2018.

Vraag 123:
Waarom is het eigen vermogen van het RIVM met 18.2 miljoen euro afgeroomd?

Antwoord 123:
Conform de Regeling Agentschappen 2013 (Artikel 27.4.c) is het eigen vermogen van een baten-lastenagentschap gebonden aan een maximum-omvang van 5% van de gemiddelde jaaromzet, berekend over de laatste drie jaar. Tot 2013 stond het Ministerie van Financiën het RIVM toe om een hoger eigen vermogen aan te houden ter financiering van de vaste kern van de vaccinvoorraad. Deze uitzonderingspositie is ingaande 2013 geschrapt, zodat het gedeelte boven de 5% van de omzet norm zoals vastgelegd in de Regeling Agentschappen (€ 18,2 miljoen) is afgeroomd.

Vraag 124:
Wanneer krijgt de Kamer het onderzoek van de Universiteit Maastricht mbt het gebruik van populatiekenmerken in bekostigingssystemen?

Antwoord 124:
Het rapport «Kenmerken van individuen als voorspellers van zorgvraag-zwaarte op populatieniveau: een verkennend onderzoek» is op 19 mei 2014 (bijlage bij TK 33 578, nr. 6) aan de Kamer gezonden.

Vraag 125:
Wat zijn de resultaten van de substitutiemonitor van Zorgverzekeraars Nederland?

Antwoord 125:
Op 9 april 2015 is de rapportage «Eerste resultaten substitutiemonitor – Uitkomsten van de ex-ante afsprakenmonitor 2015» uw Kamer toegezonden (bijlage bij Kamerstuk 33 654, nr. 14). Het gaat in deze eerste

rapportage om voorlopige resultaten, op basis van ramingen. Sommige verzekeraars en aanbieders waren op het moment van de uitvraag nog met elkaar in gesprek over substitutieafspraken over 2015. In de rapportage zijn substitutieafspraken in beeld gebracht met een omvang van minimaal € 45 miljoen. Deze afspraken gaan over een breed scala aan onderwerpen, zoals KNO, dermatologie, cardiologie/CVRM, diabetes mellitus type II, COPD/astma, bewegingsapparaat, POH GGZ en kwetsbare ouderen. Kortom, we zien dat partijen gezamenlijk een belangrijke beweging in gang hebben gezet, naar betaalbare zorg en naar zorg dichtbij. Op die beweging kan de komende jaren voortgebouwd worden. We zijn er echter nog lang niet. De komende tijd wordt met partijen bekeken hoe de monitor verder doorontwikkeld kan worden.

Vraag 126:
Wat is de reden waarom er weinig vooruitgang op het gebied van de GGZ is geboekt bij het verkrijgen van meer inzicht in de zwaarte van de zorgvraag en de uitkomst van behandelingen?
Wat zijn de effecten hiervan op de ambitie om meer zicht te krijgen op de inkoop van goede en doelmatige GGZ zorg?
Wat voor acties worden ondernomen om bij de GGZ meer zicht in de zwaarte van de zorgvraag en de uitkomst van behandelingen te krijgen?

Antwoord 126:
Reden dat er in 2014 weinig vooruitgang is geboekt bij het verkrijgen van meer inzicht in de factoren die de zorgvraagzwaarte van de ggz-cliënt verklaren, is dat de betreffende werkgroep (belast met de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarteindicator 1.0, die in het voorjaar van 2013 is gepubliceerd) niet eerder dan in juli 2014 van start kon gaan vanwege de discussie over de privacybelasting (zie de volgende alinea van dit antwoord). Aangezien het vinden van objectieve, verklarende factoren voor de zorgvraagzwaarte van ggz-cliënten complex is en tijd vereist, was het daarmee niet meer mogelijk nog in 2014 een nieuwe zorgvraagzwaart-eindicator te ontwikkelen. De betreffende werkgroep heeft volgens zorgaanbieders en zorgverzekeraars inmiddels wel zeer goede vorderingen gemaakt. De «zorgvraagzwaarteindicator 2.0» heeft een duidelijk grotere verklaringskracht dan de zorgvraagzwaarteindicator 1.0. In het begin van deze zomer rondt de werkgroep haar werkzaamheden af.

De belangrijkste factor die heeft meegespeeld bij het vertraagde opstarten van de betreffende werkgroep is het feit dat partijen bezorgd waren over de privacybelasting die samenhing met de vermelding van de zorgvraagzwaarteindicator op de ggz-factuur. Partijen hebben mij daarover begin juni 2014 geschreven en aangegeven mogelijkheden te zien voor een minder privacybelastende manier om de zorgvraagzwaarteindicator aan verzekeraars te leveren dan door middel van vermelding op de ggz-factuur. Ik ben daarop het overleg hierover met deze partijen aangegaan, alsmede met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dit heeft uiteindelijk geleid tot een conceptmodel voor een alternatieve aanlever- en bewerkingswijze van de zorgvraagzwaarteindicator, dat momenteel voor advies voorligt bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Ik verwacht dat het CBP deze zomer advies uitbrengt.

De reden dat er weinig zicht is op de uitkomst van behandelingen is dat nog niet alle aanbieders van ggz de uitkomsten van de behandelingen centraal aanleveren bij Stichting Benchmark GGZ. Dat komt deels door technische en organisatorische belemmeringen, maar ook omdat er bij sommige aanbieders weerstand zit om deze uitkomsten centraal te registreren. Om de inkoop van goede en doelmatige zorg te bevorderen heb ik in mijn brief «Kwaliteit loont» aangekondigd de aanlevering te

verplichten. Ik ben met partijen in overleg om de technische en organisatorische belemmeringen weg te werken.

Al deze initiatieven dragen eraan bij dat verzekeraars bij de inkoop van geestelijke gezondheidszorg beter rekening kunnen houden met de doelmatigheid en kwaliteit van zorg.

Vraag 127:
In hoeverre is er zicht op de implementatie van de best practices die binnen zijn gekomen bij het meldpunt verspilling en de, op termijn, daarmee gepaard gaande besparingen?

Antwoord 127:
Via het Meldpunt Verspilling in de zorg en de website www.verspillingindezorg.nl zijn goede voorbeelden binnengekomen. Op de website worden die goede voorbeelden uit de praktijk beschreven. Hierbij is, waar mogelijk, ook aangegeven of implementatie van dit voorbeeld tot een besparing leidt.

Vraag 128:
Wat is de kosten/baten verhouding van het totaal aan investeringen in de fraudebestrijding?

Antwoord 128:
Het is lastig om de kosten en baten van de aanpak van fouten en fraude in de zorg te kwantificeren. Opbrengsten kunnen zich op verschillende manieren en in verschillende domeinen voordoen. De aanpak van fouten en fraude, zoals beschreven in het programmaplan Rechtmatige Zorg dat op 27 maart 2015 aan uw Kamer is aangeboden (Kamerstuk 28 828, nr. 89), richt zich op de hele keten van preventie, controle en handhaving. Door deze aanpak wordt de pakkans bij fraude verhoogd en wordt voorkomen dat onrechtmatigheden zich voordoen. Dit kan gepaard gaan met lagere zorgkosten met meerjarige doorwerking.

De aanpak van fouten en fraude zijn ook onderdeel van de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden binnen de curatieve zorg van 16 juli 2013. Als gevolg van deze akkoorden zijn besparingen ingeboekt die oplopen tot structureel € 1 miljard vanaf 2017.

Vraag 129:
Op welke wijze geeft de IGZ concreet aandacht aan de onvoldoende bestuurlijke aandacht die ziekenhuizen geven aan het veilig gebruik van medische technologie?

Antwoord 129:
In 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onderzoek gedaan naar de implementatie van het convenant «Veilig gebruik van medische technologie in het ziekenhuis». Op 5 juni 2014 publiceerde de IGZ de resultaten daarvan in haar rapport *«Veilig gebruik van medische technologie krijgt onvoldoende bestuurlijke aandacht in de ziekenhuizen».* De IGZ heeft deze hoofdconclusie rechtstreeks overgebracht aan de raden van bestuur van alle ziekenhuizen en aan de ziekenhuiskoepels. Tevens heeft de IGZ het onderzoek gepresenteerd en toegelicht op een door de koepels georganiseerde themaconferentie over medische technologie.

In de ziekenhuizen die onvoldoende scoorden nam de inspectie maatregelen. De uitkomsten van het onderzoek waren voor de IGZ aanleiding om meer ziekenhuizen onaangekondigd te bezoeken om de implementatie van het convenant te toetsen. Daarbij zijn bestuurders van individuele ziekenhuizen aangesproken om geconstateerde tekortkomingen op korte

termijn op te lossen en daarover bij de inspectie te rapporteren. Bij enkele ziekenhuizen heeft de IGZ een herinspectie uitgevoerd. Ook in 2015 toetst de IGZ de implementatie van het convenant door middel van onaangekondigde inspecties. De bevindingen bespreekt de IGZ met de betrokken bestuurders. Waar nodig legt de IGZ bestuurders van ziekenhuizen concrete maatregelen op om vastgestelde tekortkomingen op te lossen. Naast de ziekenhuizen is de IGZ recent ook gestart met het onderzoeken van de mate van implementatie van het convenant bij revalidatieklinieken.

Vraag 130:
Zijn er beleidsconclusie te trekken uit de constatering dat een groot deel van de ziekenhuizen het veilig gebruik van medische technologie onvoldoende bestuurlijke aandacht heeft?
Zo ja, welke en op welke wijze wordt dit opgepakt?

Antwoord 130:
Zoals ik in de Kamerbrief over Veiligheid medische hulpmiddelen (Kamerstuk 32 805, nr. 35) heb aangegeven, is er de afgelopen jaren het nodige in gang gezet om de veilige toepassing van medische technologie te stimuleren. Desondanks blijft het inderdaad nodig om de bestuurlijke aandacht te vergroten.
De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de ziekenhuiskoepels aangesproken op het verder bevorderen van de implementatie van het convenant onder de leden. Ook continueert de IGZ in 2015 het risico gestuurd toezicht op dit onderwerp. Daarnaast heeft de IGZ wederom een aantal ziekenhuizen op dit onderwerp bezocht. Dit sluit aan op één van de IGZ speerpunten «governance». Om de implementatie van het convenant Veilige toepassing medische technologie in het ziekenhuis te bevorderen hebben de ziekenhuiskoepels NVZ en NFU de afgelopen tijd een aantal initiatieven ontplooid. Zo vindt er op 11 juni aanstaande een door hen georganiseerde themaconferentie plaats over de Veilige toepassing van medische technologie. Het doel van deze conferentie is het geven van praktische handvatten en tools voor een betere toepassing van het convenant Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis.

Wanneer in de praktijk blijkt dat er onvoldoende vorderingen zijn geboekt dan spreekt de IGZ de bestuurders aan op hun verantwoordelijkheid om er voor te zorgen dat binnen een gegeven tijd het convenant volledig is geïmplementeerd. Nadien wordt zo nodig handhavend opgetreden. In aanvulling op deze genoemde initiatieven heb ik aan het EMGO/Nivel een subsidie verleend om als onderdeel van de vierde monitor zorggerelateerde schade die zij uitvoeren een derde meting voor de medische technologie uit te voeren. Tevens heb ik het EMGO/Nivel gevraagd om een verdiepingsstudie waarbij de nadruk wordt gelegd op het waarborgen van de bekwaamheid van de gebruiker van medische technologie.
Waar mogelijk zal ik dit onderwerp de komende tijd blijven agenderen in het kader van de patiëntveiligheid.

Vraag 131:
Kunt u aangeven waarom er 719.000 euro minder is uitgegeven aan Patiëntveiligheid curatieve zorg?

Antwoord 131:
In het jaar 2014 is minder uitgegeven dan voorzien, omdat enkele meerjarige projecten die bijdragen aan patiëntveiligheid vanwege onvoorziene omstandigheden vertraging hebben opgelopen, waardoor het financiële beslag ervan in 2014 lager is. Het betreft ondermeer het TIPP project, gericht op transmuraal incident melden tussen de eerste en de tweede lijn en de VWS bijdrage aan de Europese Joint Action te weten Patiënt Safety and Qality of Care

(PASQ) op het terrein van patiëntveiligheid. Het TIPP project had te maken met een pilotziekenhuis dat zich onverwacht terugtrok. De looptijd van het PASQ project is verlengd tot en met 2015 omdat de resultaten van het Europese project waar het deel vanuit maakt ook in de loop van 2015 worden gepresenteerd.

Vraag 132:
Wat houdt PALGA, de registratie en uitwisseling van zorggegevens in?

Antwoord 132:
PALGA staat voor Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief en heeft als doel de communicatie en informatievoorziening binnen en tussen laboratoria voor pathologie in Nederland en hun omgeving te bevorderen en de opgedane kennis ter beschikking te stellen aan anderen in de gezondheidszorg.

Er zijn twee landelijke databanken. Een voor patiëntenzorg, hierbij functioneert de databank als centraal archief voor pathologen en één volledige geanonimiseerde databank voor wetenschap die onder strikte voorwaarden toegankelijk is voor epidemiologisch en wetenschappelijk onderzoek.

Vraag 133:
Waarom is er circa 669.000 euro onderbesteed aan eerstelijnsvoorzieningen in Vinex-wijken?

Antwoord 133:
Voor deze subsidie wordt structureel een bedrag gereserveerd van € 2 miljoen per jaar. De subsidie is een financiering van tekorten bij de investeringen voor opstartende geïntegreerde eerstelijnscentra in nieuwbouwwijken. Het is hierbij van te voren niet goed te bepalen hoe groot de tekorten onder de lopende subsidieontvangers zullen zijn en hoeveel nieuwe partijen zich zullen aanmelden en welk bedrag hiermee gemoeid zal gaan. De algemene tendens is dat de bouwcrisis door zijn dieptepunt heen is en dat de bouw weer zal aantrekken.

Vraag 134:
Waarom is er circa 910.000 euro onderbesteed aan de financiering van anonieme e-healthtoepassingen?

Antwoord 134:
Voor het verkrijgen van subsidie om anonieme e-mental health aan te bieden, moeten organisaties een aanvraag indienen die voldoet aan de voorwaarden van het Beleidskader anonieme e-mental health. In totaal hebben tien organisaties een aanvraag ingediend. Helaas voldeden niet alle aanvragen aan de gestelde voorwaarden.

Vraag 135:
Hoe is het verschil, gezien het belang van dit onderwerp, tussen begrote en gerealiseerde uitgaven rondom het programma Verspilling in de zorg te verklaren?

Antwoord: 135
Voor mij is en blijft het programma Verspilling in de zorg een speerpunt. Hiervoor is jaarlijks € 425.000 beschikbaar. Er zijn in 2014 uitgaven geweest voor onder andere het Landelijk Meldpunt Verspilling in de zorg en de website www.verspillingindezorg.nl. Voor 2014 zijn niet alle gereserveerde gelden nodig gebleken, met name omdat het beoogde congres nog niet is georganiseerd. Dat congres vindt plaats op 16 juni 2015.

Vraag 136:
Welke concreet gerealiseerde opbrengsten staan er momenteel tegenover de uitgegeven subsidie voor de bestrijding van zorgfraude?

Antwoord 136:
Zie het antwoord op vraag 128.

Vraag 137:
Hoe is het grote aantal onderschrijdingen bij «3. Bevorderen werking van het stelsel» te verklaren van in totaal ruim 24,5 miljoen euro?

Antwoord 137:
Een groot deel van de onderschrijdingen betreft overboekingen naar andere posten/artikelen. Op de pagina's 50 t/m 53 van het Jaarverslag zijn alle verschillen tussen de oorspronkelijk vastgestelde begroting en de realisatie toegelicht.

Vraag 138:
Welk deel van de hogere uitgaven aan onverzekerbare vreemdelingen is het gevolg van een toename van het aantal personen en welk deel door toename van het zorggebruik per persoon?

Antwoord 138:
De zorgaanbieders verstrekken bij hun declaratie bij het Zorginstituut geen persoonsgegegevens. Daarom zijn er geen gegevens beschikbaar om deze vraag te beantwoorden.

Vraag 139:
Is het mogelijk om een uitgebreidere toelichting te geven op het feit dat voor zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen circa 1 miljoen euro meer is uitgegeven dan begroot?
Heeft dit een structureel karakter?
Wat zijn op dit gebied de verwachtingen voor de komende jaren?

Antwoord 139:
Het aan het Zorginstituut betaalde bedrag voor uitgaven in het kader van de vergoeding voor zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen is circa € 1 miljoen hoger dan oorspronkelijk begroot.
Het bedrag dat is bevoorschot en in het jaarverslag is opgenomen, betreft het bedrag dat in de door VWS in november 2014 goedgekeurde herziene begroting van het Zorginstituut is opgenomen. Uit het Jaarverslag Verslag Uitvoeringstaken Zorginstituut 2014, dat in april 2015 is verschenen, blijkt echter een lagere realisatie dan begroot, waardoor er feitelijk geen overschrijding van € 1 miljoen is geweest, maar een onderschrijding van circa € 1,2 miljoen.
VWS gaat er van uit dat het in de begroting opgenomen structurele bedrag voor deze uitgaven voldoende is.

Vraag 140:
Kan nader worden aangegeven hoeveel budget er beschikbaar is voor de programma's «Nationaal Programma Ouderenzorg» en «Meer tijd voor de client»?

Antwoord 140:
Voor het Nationaal Programma Ouderenzorg is voor de periode 2014–2016 een budget beschikbaar van in totaal € 9 miljoen. Voor 2014 is voor de uitvoering van het programma € 1,1 miljoen overgeboekt aan ZonMw. Dit bedrag is afgestemd op de meerjarige uitfinanciering van het programma tot en met 2019.

Het programma «Meer tijd voor de cliënt» is uitgevoerd met ambtelijke inzet vanuit VWS en ten laste gekomen van de reguliere budgetten die daarvoor binnen het ministerie beschikbaar waren. Ook zijn er enkele onderzoeken uitgevoerd in het kader van het reduceren van de administratieve lasten in (het proces) van de inkoop langdurige zorg en voor de totstandkoming van de tussenevaluatie ERAI. Het totaalbedrag dat in het verslagjaar 2014 daarvoor tot betaling is gekomen, was € 112.782.

Vraag 141:
Kan nader aangegeven worden welk aanbevelingen en actiepunten van de Toekomstagenda informele zorg en ondersteuning nader navolging krijgen bij gemeenten en partijen in de zorg- en welzijnsector in 2015?

Antwoord 141:
Voor de zomer staat een voortgangsbrief over de informele zorg gepland, waarin ik uw Kamer informeer over de in 2014 getroffen maatregelen om de ondersteuning van de informele zorg te verbeteren. Daarvan maakt onderdeel uit de laatste stand van zaken met betrekking tot de acties van de Toekomstagenda Informele Zorg en Ondersteuning, waaronder die van gemeenten en partijen in de zorg- en welzijnketen.

Vraag 142:
Op welke wijze gaat mogelijk gemaakt worden dat bij de zorginkoop meer rekening gehouden wordt met de voorkeur van een client voor een bepaalde zorginstelling in de Wlz?

Antwoord 142:
Zorgkantoren willen bij de zorginkoop 2016 meer ruimte bieden aan de wensen van de cliënt. Dit is mogelijk door, anders dan bij de zorginkoop 2015, de contracteerruimte niet al voorafgaand aan het jaar volledig uit te zetten. Zo houden zij immers de ruimte om gedurende het jaar tegemoet te blijven komen aan de keuze van nieuwe cliënten. De zorgkantoren zullen wel de zorg van bestaande cliënten blijven contracteren, zodat voor cliënten die reeds in zorg zijn de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft.

Vraag 143:
In 2014 zijn maatregelen getroffen om de ondersteuning van de informele zorg en de balans tussen informele en formele zorg te verbeteren. Welke zijn dit, en wat hebben deze maatregelen opgeleverd?

Antwoord 143:
In 2014 zijn er diverse maatregelen getroffen om de ondersteuning van de informele zorg en de balans tussen informele en formele zorg te verbeteren. Voorbeelden zijn de Toekomstagenda Informele Zorg en Ondersteuning die ik met partijen heb opgesteld, het programma «In voor Mantelzorg» voor zorgprofessionals en het versterken van de positie van mantelzorgers in de Wmo 2015 en de Wlz. In de voortgangsbrief van 11 november 2014 (Kamerstuk 30 169, nr. 38) heb ik u hier over geïnformeerd. Voor de zomer staat er opnieuw een voortgangsbrief over de informele zorg gepland, waarin ik uw Kamer over de laatste stand zal informeren.

Vraag 144:
Hoeveel ouderen staan er op een wachtlijst, uitgesplits per provincie, inclusief wenswachtenden en de ouderen die korter dan 13 weken op een wachtlijst staan en geen (overbruggings)zorg ontvangen?

Antwoord 144:
De periode van 13 weken betreft de treeknorm voor opname binnen een instelling voor verpleging en verzorging zonder behandeling. De

treeknorm voor andere trajecten kunnen hiervan afwijken en zijn in geval van afwijking korter.
Het Zorginstituut publiceert overzichten van het aantal wachtenden langer dan de treeknorm. Ten behoeve van deze vraag heeft het Zorginstituut ook een analyse gedaan op wachtenden korter dan de treeknorm. Daarbij zijn de volgende treeknormen gehanteerd:

- Extramurale zorg: 6 weken
- Intramurale zorg:
  - V&V zonder behandeling: 13 weken
  - V&V met behandeling: 6 weken
  - GZ: 13 weken
  - GGZ zonder behandeling: 13 weken
  - GGZ met behandeling: 7 weken

Dit leidt tot de overzichten in de bijlagen met de peildatum van 1 mei 2015[8].

Vraag 145:
Kunt u de Kamer een overzicht doen toekomen van de wachtlijsten in de ziekenhuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg, de jeugdzorg en de thuiszorg?

Antwoord 145:
Voor overzichten van de wachtlijsten in de ziekenhuiszorg en de gehandicaptenzorg verwijs ik u naar de betreffende onderdelen van de Zorgatlas, te vinden op: http://www.zorgatlas.nl/thema-s/wachtlijsten/. Voor wat betreft de ouderenzorg verwijs ik u naar het antwoord op vraag 144.

Ten aanzien van de overzichten van de wachtlijsten in de overige gevraagde sectoren kan ik u het volgende melden:

<u>Geestelijke gezondheidszorg (ggz)</u>

Voor de ggz verwijs ik u naar de marktscan ggz van de NZa die op 1 december 2014 aan uw Kamer is gestuurd (Kamerstuk 31 765, nr. 111). In juli 2015 komt de NZa met een verdiepende analyse van deze cijfers en eind 2015 komt de NZa met nieuwe cijfers over wachttijden in de ggz.

<u>Jeugdzorg</u>

De provincies hebben in de tweede helft van vorig jaar informatie verstrekt over de toegankelijkheid van de jeugdzorg op peildatum 1 juli 2014. Daaruit blijkt dat het aantal kinderen op de wachtlijsten van het provinciale jeugdzorgaanbod een dalende trend vertoont. Op de peildatum bedroeg het aantal jeugdigen dat op een wachtlijst stond 784. In 2013 was dat aantal nog 1.163.

<u>Thuiszorg</u>

Er zijn geen landelijke gegevens bekend over eventuele wachtlijsten in de thuiszorg (huishoudelijke hulp en begeleiding), maar er zijn mij ook geen indicaties bekend dat deze er zijn.

Vraag 146:
Hoeveel projecten die gehonoreerd zijn onder het Deltaplan Dementie zijn gericht op het aanpassen van de leef- en woonomgeving voor licht-dementerenden?

---

[8] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Antwoord 146:
Binnen het onderzoeksprogramma Memorabel zijn tot nu toe vijf projecten gehonoreerd die direct gericht zijn op het aanpassen van leef- en woonomgeving voor mensen met beginnende dementie. Daarnaast is in het kader van het EU Joint Programme on Neurodegenerative Diseases Research (JPND) het aandeel van Nederlandse onderzoekers in vier projecten rond dit onderwerp gehonoreerd met middelen uit het Deltaplan Dementie.

Vraag 147:
Welke concrete doelstellingen rondom toegankelijkheid en participatie stelt de regering bij het ratificeren van het VN Verdrag Handicap?

Antwoord 147:
De tekst van het VN-verdrag en het daarin vastgelegde streefbeeld vormt het richtinggevend kader voor de regering. Het Verdrag heeft een programmatisch karakter en geeft ruimte om geleidelijk naar dit streefbeeld toe te groeien.

Toegankelijkheid is een basisvoorwaarde voor een inclusieve samenleving en voor participatie van mensen aan de samenleving. Zo resulteert een goede toegankelijkheid in de mogelijkheid om meer eigen regie te kunnen houden en in het langer zelfstandig kunnen blijven wonen in de eigen vertrouwde omgeving, al dan niet met hulp van het eigen sociale netwerk.

Vraag 148:
Wanneer ontvangt de Tweede Kamer het plan van aanpak met betrekking tot de ratificatie van het VN-verdrag inzake mensen met een beperking?

Antwoord 148:
Conform de toezegging van de Minister-President in het Verantwoordingsdebat van 26 mei 2015, is het plan van aanpak voor de implementatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap op 12 juni 2015 aan uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 33 990, nr. 9).

Vraag 149:
Waaruit bestaat de onderbesteding aan zorg en dwang, terwijl het aantal dwangtoepassingen in de zorg (met name ggz) niet daalt?

Antwoord 149:
Het beschikbare bedrag voor het programma Zorg en dwang, ter voorbereiding op de wet Zorg en dwang (Wzd) die bij de Eerste Kamer ter behandeling ligt, is in de begroting volledig opgenomen in artikel 3 onder het Instrument Opdrachten. Er staat een bedrag van € 1,5 miljoen vermeld. € 171.000 van dit bedrag is besteed aan opdrachten. Het grootste deel van deze middelen (€ 1,1 miljoen) is echter in de vorm van subsidies verleend en valt daardoor onder het instrument Subsidies Daarmee is in totaal een kleine € 1,3 miljoen besteed aan zowel subsidies als opdrachten ten behoeve van de voorbereidingen op de implementatie van de Wzd in 2014. De Wzd richt zich op cliënten met een psychogeriatrische aandoening en cliënten met een verstandelijke beperking. De Wzd richt zich dus niet op de gedwongen zorg in de GGZ.

De met de dwangtoepassingen gemoeide uitgaven in de GGZ vallen niet onder deze begrotingsuitgaven, maar worden verantwoord onder de premiegefinancierde Zvw-uitgaven.

Vraag 150:
Waardoor is er 10 miljoen euro minder uitgegeven aan het mantelzorgcompliment? Betreft de 6 miljoen euro die naar gemeenten is gegaan een

technische mutatie, of gaat het hier om een alternatieve aanwending van een meevaller? Zo ja, waardoor wordt die meevaller dan veroorzaakt?

Antwoord 150:
Er is geen € 10 miljoen minder uitgegeven aan het mantelzorgcompliment. Van deze € 10 miljoen is € 6 miljoen overgeboekt naar het Ministerie van Binnenlandse Zaken voor het gemeente fonds en € 3,1 miljoen wordt meegenomen en is uitgegeven in 2015.
De € 6 miljoen die via een decentralisatie-uitkering Mantelzorg is overgeboekt naar de gemeenten is geen technische mutatie. De gemeenten hebben dit bedrag ontvangen voor de ontwikkeling van activiteiten om de mantelzorgondersteuning naar een hoger niveau te tillen.
De meevaller is veroorzaakt door binnen artikel 3 het budget voor projectsubsidies en opdrachten op het gebied van geweld in afhankelijkheidsrelaties, informele zorg, werking Wmo, toegankelijkheid en kwaliteit langdurige zorg te verminderen en te bestemmen voor mantelzorg.

Vraag 151:
Hoeveel bezwaren inzake het Valysvervoer zijn in 2014 ingediend en welke bezwaren waren dit voornamelijk?

Antwoord 151:
Ik ga er bij de beantwoording van deze vraag vanuit dat u met «bezwaren» doelt op de klachten die over de uitvoering van het Valysvervoer zijn ingediend.
In 2014 zijn in totaal 8.864 klachten ingediend bij de uitvoerder van Valys. Hiervan zijn 4.714 klachten gegrond verklaard. Het merendeel van de gegronde klachten betreft de ophaal- of aankomsttijd. Daarnaast betreffen de gegronde klachten voornamelijk de combinatie van ritten en de reistijd. Er worden jaarlijks zo'n 1 miljoen ritten uitgevoerd in het Valysvervoer.

Vraag 152:
Wat is de stand van zaken rondom de percentage indicatieaanvragen die binnen de wettelijke termijn is afgehandeld in 2014 en het eerste kwartaal van 2015?

Antwoord 152:
Gedurende 2014 zijn de AWBZ-besluiten per kwartaal in respectievelijk 97%, 91%, 97% en 100% van de gevallen afgehandeld binnen de wettelijke termijn van 6 weken. In het eerste kwartaal van 2015 zijn 98,42% van de Wlz-besluiten afgehandeld binnen de wettelijke termijn van 6 weken. Het gaat hier om de bruto doorlooptijd, het bruto aantal kalenderdagen tussen de aanvraagdatum en de datum dat de eindstatus is bereikt. De eindstatus is bereikt op het moment dat het besluit in de keten is geaccepteerd. De aantallen zijn voor de Wlz nog indicatief omdat data en gegevens Wlz nog niet gevalideerd zijn.

Vraag 153:
In welke mate wordt er bij «In voor Zorg» gewerkt met het best practices systeem? Worden excellente instellingen gekoppeld aan minder goed functionerende instellingen?

Antwoord 153:
Het «InVoorZorg!» programma helpt zorgaanbieders om vernieuwingen in te voeren die bij andere zorgaanbieders reeds succesvol zijn gebleken. De kennis en ervaringen van zorgaanbieders die reeds vernieuwingen hebben doorgevoerd worden verzameld en gedeeld met zorgaanbieders die ook willen vernieuwen. Via de «InVoorZorg!» website, bijeenkomsten

en publicaties worden de ervaringen van de voorlopers gedeeld met de andere zorgaanbieders.

Vraag 154:
Kan aangegeven worden welke resultaten er op het gebied van de aanpak van fraude behaald zijn? Waaraan is het beschikbare budget besteed en wat is er tot nu toe bereikt?

Antwoord 154:
Met de brief van 29 januari jl. (Kamerstuk 25 657, nr. 113) is de Kamer geïnformeerd over de resultaten van de pgb-fraudeaanpak 2013–2014. Ook de NZa heeft onderzoek gedaan naar de effecten van de pgb fraudemaatregelen. Dit rapport is op 14 april 2015 aan uw Kamer aangeboden (Kamerstuk 25 657, nr. 159). Aan de zorgkantoren is budget beschikbaar gesteld voor het verrichten van huisbezoeken bij budgethouders die zijn geselecteerd op basis van een risicoprofiel. Daarnaast is budget overgeboekt naar het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid ten behoeve van een speciaal team van de Inspectie SZW dat is belast met onderzoeken naar pgb fraude. Naar het Ministerie van Financiën (Belastingdienst) is budget overgeboekt voor het aanpassen van regelgeving pgb in verband met de vermogensbijtelling.

Vraag 155:
Waaruit bestaat de overschrijding op het Deltaplan Dementie?

Antwoord 155:
Bij de raming van het budget voor het Deltaplan Dementie (meer specifiek het onderzoeksprogramma Memorabel) per jaar is uitgegaan van een oplopend budget, resulterend in een totaalbedrag van € 32,5 miljoen in vier jaar. Omdat daarna met ZonMw is afgesproken dat direct bij de start van Memorabel een relatief grote subsidieronde zou worden uitgevoerd, is in 2014 een iets groter bedrag dan geraamd overgeboekt. Dit zal in de volgende jaren gecompenseerd worden, zodat het totaalbedrag van € 32,5 miljoen niet overschreden wordt.

Vraag 156:
De wet Zorg en dwang ligt nog ter behandeling in de Eerste Kamer, wanneer wordt deze daar behandeld?

Antwoord 156:
De Eerste Kamer heeft nog geen datum vastgesteld wanneer deze wet behandeld zal worden.

Vraag 157:
Kunt u nader ingaan waarom er 4,6 miljoen meer is begroot dan uitgegeven aan de verstrekking van de mantelzorgcomplimenten over 2013?

Antwoord 157:
In 2013 zijn 23.258 minder mantelzorgcomplimenten uitgekeerd (dit is 5,4% minder) ten opzichte van het geraamde aantal van 433.800. Daardoor is er € 4,1 miljoen minder uitgegeven. Daarnaast heeft de SVB € 0,5 miljoen minder uitvoeringskosten gemaakt: € 0,3 miljoen door lagere portokosten als gevolg van een nieuw contract en € 0,2 miljoen door lagere personeelskosten als gevolg van goedkopere inhuur van personeel.

Vraag 158:
Op welke termijn wordt het passende aanbod van zorg en jeugdzorg in Caribisch Nederland verwacht?

Antwoord 158:

Het streven is om binnen vijf jaar het aanbod van zorg en jeugdzorg zoveel mogelijk op de vraag aangesloten te laten zijn.

Vraag 159:
Hoe verklaart u de onderuitputting van 46,6 miljoen euro met betrekking tot de opleidingen in de zorg en bij welke opleidingen daalt de instroom?

Antwoord 159:
De onderuitputting van € 46,6 miljoen is opgebouwd uit verschillende posten, waaronder opleidingen in de zorg. Naast de onderuitputting op het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) (€ 6,1 miljoen) was er onder andere onderuitputting op de opleidingsplaatsen voor Nurse Practioner en Physician Assistant (€ 14,1 miljoen) en voor ziekenhuisartsen (€ 3,4 miljoen). Op pagina 70 van het jaarverslag staat een overzicht van alle posten waarop onderuitputting heeft plaatsgevonden.
Samen met branchepartijen en het Capaciteitsorgaan monitor ik de huidige en toekomstige vraag naar personeel. De daling van de instroom bij het FZO deed zich voor bij alle opleidingen met een instroomvergoeding: de opleidingen tot anesthesiemedewerker, klinisch perfusionist, operatieassistent en radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laborant.

Vraag 160:
Hoe zorgt de regering ervoor dat het aantal artsen publieke gezondheid op peil blijft?

Antwoord 160:
De Minister van VWS stelt jaarlijks subsidie beschikbaar voor het opleiden van artsen publieke gezondheidszorg. Het Capaciteitsorgaan brengt elke 3 jaar een ramingsadvies uit voor de gewenste instroom in de opleidingen die in aanmerking komen voor publieke financiering. De verantwoordelijkheid voor het daadwerkelijk opleiden ligt grotendeels bij GGD'en en thuiszorgorganisaties met opleidingsbevoegdheid.
VWS is in overleg met de betrokken veldorganisaties (GGD GHOR Nederland, ActiZ, Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid en de VNG) om te stimuleren, dat er voldoende artsen publieke gezondheid worden opgeleid. Het streven is dat eind dit jaar afspraken zijn gemaakt over het plan van aanpak om de instroom te verhogen.

Vraag 161:
Wat is de salariëring van de personen die werkzaam zijn in het interventieteam Hlz en hoe hoog is het bedrag dat aan dit interventieteam wordt uitgekeerd?

Antwoord 161:
Het interventieteam HLZ heeft een externe voorzitter en wordt ambtelijk ondersteund door medewerkers van de Ministeries van VWS en SZW. De salariëring van betrokkenen is conform de daarvoor geldende regelgeving. In 2014 is € 19.000 uitgegeven ten behoeve van het interventieteam, exclusief de ambtelijke inzet.

Vraag 162:
Kan de regering uiteen zetten en nader uitsplitsen waaraan de circa 11 miljoen extra t.a.v. stelselherziening is besteed?

Antwoord 162:
De extra uitgaven aan de stelselherziening bestaan voor het grootste deel uit de extra bijdrage die aan gemeenten is gedaan om de invoering in 2014 mogelijk te maken. Welk bedrag gemeenten daarvan aan de transitie hebben besteed wordt niet landelijk bijgehouden.

Vraag 163:
Kan de regering een totaaloverzicht geven van de gelden die besteed zijn aan het voorkomen en bestrijden van respectievelijk kindermishandeling en geweld in afhankelijkheidsrelaties, met daarin heldere verwijzingen naar de verschillende beleidsartikelen van het jaarverslag in het algemeen?
En kan de regering in het bijzonder een verdeling van de middelen geven die worden besteed aan het voorkomen en bestrijden van respectievelijk kindermishandeling en geweld in afhankelijkheidsrelaties naar:
1. Voorlichting;
2. Bewustwording;
3. Training van professionals;
4. Signalering;
5. Hulpverlening aan ouder(s);
6. Hulpverlening aan kind(eren);
7. Aanpak daders

Antwoord 163:
Het budget voor het voorkomen en bestrijden van kindermishandeling en geweld in afhankelijkheidsrelaties was in 2014 opgebouwd uit de volgende onderdelen.
- Gedecentraliseerde middelen uit de Wet op de jeugdzorg van circa € 1.620 miljoen waarvan circa € 1.260 van het Ministerie van VWS en circa € 340 miljoen van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Provincies maakten in 2014 beleid over het gehele jeugdzorgdomein, waaronder bijvoorbeeld de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling en de hulpverlening aan kinderen die slachtoffer zijn van kindermishandeling.
- De Decentralisatie-uitkering Vrouwenopvang € 108 miljoen.
- Middelen op de begroting van VWS en VenJ, waaruit onder andere de opvang voor specifieke groepen slachtoffers van geweld, het Actieplan Ouderen in veilige handen, de publiekscampagne, het actieplan Kinderen Veilig, compensatie slachtoffers seksueel misbruik in de jeugdzorg, het Nederlands Forensisch Instituut voor de trainingen van de regionaal werkende forensische artsen en de Taskforce Kindermishandeling en seksueel misbruik zijn betaald. Daarnaast worden er ook op andere manieren middelen ingezet die ook ten goede komen aan de aanpak van kindermishandeling en geweld in afhankelijkheidsrelaties, bijvoorbeeld voor inzet van de politie en het OM.
- De inzet van middelen voor hulpverlening liep in 2014 zowel via zorgverzekeraars als vanuit provincie- en gemeentebudget.

Gegeven het feit dat de meeste middelen via de decentrale overheden zijn ingezet, die bovendien bestedingsvrijheid hebben, is het niet mogelijk naar bestedingsdoel een onderverdeling te maken.

Vraag 164:
Wat heeft de regering niet gedaan wat wel voorzien was gegeven dat er slechts € 68.000 is uitgegeven aan de aanpak van kindermishandeling in plaats van de oorspronkelijk vastgestelde € 443.000?

Antwoord 164:
Bij het opstellen van de begroting is niet altijd duidelijk op welke wijze bepaalde uitgaven gedaan worden; via een subsidie of opdrachtverstrekking.
Over 2014 is voor de aanpak kindermishandeling € 68.000 gerealiseerd via opdrachtverstrekking. Het resterende bedrag van € 375.000 is via subsidies (bijvoorbeeld een subsidie aan het NJI voor de richtlijn kindermishandeling voor jeugdhulpwerkers) of door een overboeking naar andere begrotingsartikelen of begrotingshoofdstukken gerealiseerd.

Vraag 165:
Wat is er precies extra gedaan aan de verwijsindex risicojongeren, gegeven de overschrijding van het oorspronkelijk vastgestelde budget met 25%?
Kan de regering uitgebreid uiteenzetten of, en zo ja, hoe de verwijsindex risicojongeren in de praktijk functioneert?
Kan de regering een overzicht geven van de volgende zaken over de jaren 2012, 2013 en 2014:
– Wat is er gebeurd met jongeren die gemeld zijn bij het AMK?
Is er hulpverlening ingezet waar zorgen waren over hun veiligheid?
Welke maatregelen zijn genomen om hun veiligheid te borgen?
Welke hulpverlening is voor de jongeren en ouders ingezet en met welk resultaat?
– Wat is er gebeurd met jongeren die een delict hebben gepleegd?
Kan de regering uitgebreid uiteenzetten of, en zo ja, hoe de verwijsindex risicojongeren in de praktijk functioneert?

Antwoord 165:
In 2014 is de wettelijk verplichte evaluatie van de Verwijsindex risicojongeren uitgevoerd. Deze wordt u binnenkort toegestuurd bij de voortgangsrapportage Geweld in afhankelijkheidsrelaties.
De Verwijsindex risicojongeren wordt uitgevoerd door het CIBG. In 2013 en 2014 bleken de middelen die voor de uitvoering van de Verwijsindex risicojongeren waren begroot, ontoereikend om dit instrument adequaat te laten werken. De overschrijdingen van het budget voor de Verwijsindex risicojongeren is in deze jaren opgevangen binnen artikel 5 van de VWS-begroting. In de begroting 2015 is het bedrag voor de Verwijsindex risicojongeren verhoogd naar € 1 miljoen. Verondersteld wordt dat er daardoor geen overschrijdingen meer zullen plaatsvinden op dit budget.

Uit de door Jeugdzorg Nederland samengestelde jaarrapportages AMK 2012 en 2013 is het volgende af te lezen over jongeren die gemeld zijn bij het AMK:

	2012	2013
Aantal meldingen bij het AMK	19.453	19.793
Totaal aantal kinderen betrokken bij meldingen	32.886	33.507
Aantal onderzochte kinderen van wie dossier is afgesloten	33.277	33.571
• bij afsluiten dossier overgedragen (vrijwillige hulpverlening ingezet)	19.972	20.159
• bij afsluiten dossier overgedragen aan Raad voor de Kinderbescherming	3.951	3.340

Van de overige in 2012 en 2013 afgesloten dossiers was in het merendeel van de gevallen ofwel geen sprake van mishandeling, was de mishandeling gestopt of kon mishandeling niet bevestigd worden.

Uit de beschikbare cijfers van het AMK kan niet afgeleid worden welke soort hulp kinderen en hun ouders ontvangen hebben.

Voor wat betreft jongeren die een delict hebben gepleegd is er in de WODC-cijfers over criminaliteit en rechtshandhaving 2013 over de jaren 2012 en 2013 de volgende informatie beschikbaar:

	2012	2013
Instroom jongeren in justitiële jeugdinrichtingen	1.869	1.469

	2012	2013
Gestarte taakstraffen minderjarigen	14.462	11.813
Ingeschreven HALT-verwijzingen	17.600	16.840

De jaarrapportages over 2014 met betrekking tot AMK en criminaliteit en rechtshandhaving zijn nog niet beschikbaar. Deze worden na de zomer verwacht.

Vraag 166:
Waarom is er bij VenJ 0 euro aan de aanpak van kindermishandeling uitgegeven terwijl er 665.000 euro op de oorspronkelijke begroting 2014 uitgetrokken was? Welke consequenties heeft dat gehad? Zijn deze consequenties niet onwenselijk?

Antwoord 166:
VWS heeft als bijdrage aan VenJ in 2014 € 730.000 voor de aanpak kindermishandeling beschikbaar gesteld. Dit betrof de bijdrage van VWS aan de Taskforce kindermishandeling en seksueel misbruik. VenJ fungeert als financieel bewindvoerder namens het Rijk en verantwoordt de kosten van aanpak kindermishandeling in het jaarverslag van VenJ.

Vraag 167:
Waarom is er circa 0,5 miljoen euro meer dan begroot uitgegeven aan de kijkwijzer? Wat is hier precies gebeurd, en wat is er bereikt?

Antwoord 167:
Het bedrag van € 752.000 dat in het jaarverslag wordt genoemd is niet alleen de jaarlijkse bijdrage vanuit het Ministerie van VWS aan de Kijkwijzer van € 188.250, maar ook een bijdrage aan het Ministerie van BZK voor de verzameluitkering en een opdracht aan CIBG. Er is dus niet meer uitgegeven aan de kijkwijzer dan begroot. Het was beter geweest om de post «kijkwijzer» in de verantwoording breder te omschrijven.

Vraag 168:
Wat zijn de acties die vanuit het Topsport Netwerk in 2015 opgepakt gaan worden?

Antwoord 168:
Sinds de oprichting eind 2013 is het Topsport Netwerk drie keer bij elkaar gekomen. Met elkaar zijn we in gesprek over enerzijds laagdrempelige manieren om het beweeggedrag te stimuleren en anderzijds over kansen en belemmeringen in de topsport.

Een aantal van de topsporters uit het Topsport Netwerk werkt momenteel aan een plan gericht op het stimuleren van beweeggedrag. Er wordt nog gekeken naar een gepast moment om dit plan daadwerkelijk te lanceren. Op 4 maart 2015 is een rondetafelbijeenkomst georganiseerd met een aantal topsporters om van hen zelf te horen tegen welke belemmeringen ze aanlopen in hun ontwikkeling van talent naar de top, wat beter zou kunnen en wat al goed geregeld is in Nederland. Dit heeft een lijst met wensen en behoeften opgeleverd. Met hen heb ik afgesproken om dit najaar eenzelfde overleg te organiseren om onder andere een planning met vervolgacties te bespreken in combinatie met de resultaten van de Topsportklimaatmeting. Dit levert belangrijke input voor het topsportbeleid van zowel VWS als NOC*NSF vanaf 2017 en verder.

Vraag 169:

Hoe verklaart u dat de uitgaven t.b.v. het Borgen van innovatie c.a. 1.2 miljoen euro lager uitvallen dan het in de vastgestelde begroting opgenomen bedrag van 7,3 miljoen euro?

Antwoord 169:
De direct gerealiseerde uitgaven op het artikelonderdeel «Borgen van innovatie, kennisontwikkeling en kennisdeling» bedragen € 6,2 miljoen. Daarnaast heeft een aantal budgettaire mutaties (€ 1 miljoen) plaatsgevonden voor uitgaven aan opdrachten via het centrale accounthouderschap RIVM. De verantwoording van deze uitgaven vindt plaats op artikel 1. De feitelijke onderbesteding komt daarmee op € 0,2 miljoen.

Vraag 170:
Waarom is in de post opdrachten voor zorg- en dienstverlening (maatschappelijk werk) maar 114.000 van de 2.422.000 euro uitgegeven?

Antwoord 170:
In de begroting 2014 is abusievelijk een te hoge raming van € 2,4 miljoen opgenomen. Uiteindelijk is de realisatie € 114.000,– en per saldo is er € 2,3 miljoen niet uitgegeven. De betaling van de zorg- en dienstverlening aan verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen WO II en de herinnering aan WO II is in 2014 bijna geheel (in totaal € 16.051.000) gefinancierd via het instrument subsidies. In begroting 2015 zal de raming van het instrument opdrachten worden verlaagd ten gunste van het instrument subsidies.

Vraag 171:
Waarom zijn de kosten van de Pensioen- en Uitkeringsraad van de geraamde 1.581.000 gestegen naar 3.815.000?

Antwoord 171:
De kosten van de Pensioen en Uitkeringsraad zijn in 2014 niet gestegen naar € 3.815.000. In de begroting van 2014 is de post Pensioen en Uitkeringsraad van het instrument Bijdragen aan ZBO's/RWT's te laag geraamd. De hogere uitgaven zijn gedekt uit de onderuitputting op de pensioenen en uitkeringen voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen WOII. In de begroting 2015 is een correcte raming opgenomen.

Vraag 172:
Waardoor is er voor circa 2,3 miljoen minder aan opdrachten verstrekt voor zorg- en dienstverlening (maatschappelijk werk, sociale dienstverlening) en minder opdrachten ten behoeve van de herinnering aan WO II dan geraamd?

Antwoord 172:
Zie het antwoord op vraag 170

Vraag 173:
Houdt de toelichting op pagina 98 over de WTCG in dat mensen niet de WTCG hebben ontvangen, terwijl ze er wel recht op hadden? Zo nee, wat wordt dan wel met die passage bedoeld?

Antwoord 173:
Wtcg-rechthebbenden waarvan de gegevens correct en volledig zijn hebben in 2014 hun tegemoetkoming ontvangen. De uitgaven zijn lager uitgekomen dan de raming, doordat er van een aantal rechthebbenden de gegevens nog niet volledig of correct waren. Grotendeels lag dit aan het ontbreken van de juiste rekeningnummers waarop het CAK de tegemoetkoming kan uitkeren. Indien het CAK geen beschikking heeft over het juiste rekeningnummer, kan de tegemoetkoming niet worden uitbetaald.

Het CAK vraagt deze rechthebbenden het juiste rekeningnummer door te geven, met behulp van een antwoordkaart. Wanneer het juiste rekeningnummer bekend is bij het CAK, zal het CAK de tegemoetkoming zo spoedig mogelijk uitbetalen. Dit betekent dat sommige rechthebbenden hun Wtcg-tegemoetkoming over 2013 niet in 2014 hebben ontvangen, maar hebben ontvangen (of nog zullen ontvangen) in 2015. In 2014 hebben ruim 1,2 miljoen rechthebbenden de tegemoetkoming Wtcg 2013 ontvangen. Voor circa 50.000 rechthebbenden is dit niet gelukt.

Vraag 174:
Met welke reden is een deel van de wtcg- tegemoetkomingen niet uitbetaald door het ontbreken van juiste rekeningnummers? Wat is hier mis gegaan?

Antwoord 174:
Zie het antwoord op vraag 173.

Vraag 175:
Hoeveel- en welke gemeenten verstrekken een tegemoetkoming in hoge zorgkosten ter vervanging van de wtcg en welke gemeenten verstrekken dit niet?

Antwoord 175:
Dit wordt niet centraal bijgehouden. Wel toont onderzoek van bureau BS&F in opdracht van Ieder(in) aan dat bijna 80% van de 300 gemeenten waar het onderzoek op is gebaseerd met behulp van het aanvullende budget dat zij hebben ontvangen, hun gemeentelijke collectiviteiten hebben uitgebreid en hun bijdrage in de premie hebben verhoogd ter tegemoetkoming in hoge zorgkosten. Burgers die hiervan gebruik maken genieten per saldo gemiddeld een financieel voordeel van bijna € 460,– per jaar ten opzichte van wat deze zorgverzekering normaliter zou kosten zonder bijdrage van de gemeente en zonder uitonderhandelde collectiviteitkorting. De gemiddelde gemeentelijke bijdrage in de premie is verdrievoudigd tot € 340,–. Eigen bijdragen en het eigen risico zijn meestal opgenomen in de collectieve regeling. Uit het onderzoek blijkt ook dat meer dan de helft van de onderzochte gemeenten de toegang tot de gemeentelijke collectiviteiten hebben verruimd naar een inkomensgrens van 120% van het sociaal minimum of hoger. Dat impliceert dat circa 1,4 miljoen Nederlanders toegang hebben tot de collectiviteit al dan niet met een bijdrage van de gemeente. Gegevens over het aantal gemeenten dat op grond van artikel 2.1.7 van de Wmo 2015 een tegemoetkoming verstrekt voor personen met een beperking en daarmee verband houdende aannemelijke meerkosten zijn onbekend.

Vraag 176:
Wat zijn de veelal technische oorzaken waardoor de personele uitgaven van het kerndepartement 41,6 miljoen euro hoger waren dan voorzien in de begroting van 2014?

Antwoord 176:
Dit betreffen mutaties waarvan de middelen oorspronkelijk niet stonden begroot op het apparaatsartikel (artikel 10), maar op de diverse programma-artikelen. Door middel van deze technische correctie zijn deze middelen op het juiste artikel geboekt. Dit zijn onder andere de middelen ten behoeve van de Projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein (€ 11,3 miljoen), de personele uitgaven in Caribisch Nederland ten behoeve van de Jeugdzorg (€ 3,6 miljoen), het aldaar gevestigde Zorgverzekeringskantoor (€ 5,1 miljoen) en uitgaven voor inbesteding van werkzaamheden in verband met de verbetering van de informatievoor-

ziening die voorheen uit programmamiddelen werden gefinancierd (€ 1,4 miljoen).

Vraag 177:
Hoeveel mensen waren werkzaam bij de projectdirectie ALT en wat waren hun werkzaamheden? Van wanneer tot wanneer heeft de projectdirectie ALT gefunctioneerd?

Antwoord 177:
De projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein bestond in 2014 uit de onderdelen IntraVacc en het Facilitair Bedrijf Antonie van Leeuwenhoekterrein. Het Facilitair Bedrijf Antonie van Leeuwenhoekterrein is al per 1 januari 2015 geprivatiseerd. Privatisering van IntraVacc zal later plaatsvinden. In 2014 waren er 141 mensen werkzaam voor IntraVacc en 30 mensen bij het Facilitair bedrijf Antonie van Leeuwenhoekterrein. De werkzaamheden bij IntraVacc betreffen research & development op het gebied van vaccins. De werkzaamheden van de medewerkers van het Facilitair Bedrijf Antonie van Leeuwenhoekterrein betreffen het onderhoud en beheer van het Antonie van Leeuwenhoekterrein.

Vraag 178:
Wat is de voorziening die getroffen is voor de overgebleven medewerkers van de geprivatiseerde instellingen voor gesloten jeugdzorg?

Antwoord 178:
Deze medewerkers volgen bij VWS het zogenaamde VanWerkNaarWerk (VWNW)-traject. Dit houdt in dat zij voor de duur van anderhalf jaar (t/m 31 december 2015) de status van VWS-ambtenaar behouden en het salaris dat zij tot het moment van privatisering ontvingen, doorbetaald krijgen. Binnen deze periode worden zij begeleid bij het vinden van een nieuwe baan. Wanneer de VWNW-periode is verstreken worden de medewerkers overgedragen aan het UWV.

Vraag 179:
Welke materiële uitgaven zijn ten behoeve van de pd alt gedaan die niet in de begroting waren geraamd op artikel 10? Hoe groot was het totaalbedrag? Kunt u een nadere onderbouwing van de verschillende materiële uitgaven en de diverse deelbedragen doen?

Antwoord 179:
Voor de Projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein (PD ALT) is via verschillende mutaties circa € 37,5 miljoen toegevoegd aan het materiële budget van de projectdirectie dat onder artikel 10 (Apparaatsuitgaven) valt. Deze materiële uitgaven ten behoeve van de Projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein waren geraamd op beleidsartikel 1 (Volksgezondheid) en artikel 9 (Algemeen). Door middel van technische schuiven bij 1e en 2e suppletoire wet zijn de middelen overgeheveld naar artikel 10. De materiële uitgaven zijn voor huurkosten Antonie van Leeuwenhoekterrein € 8,2 miljoen, inbesteding € 3,9 miljoen, ICT Software € 1,1 miljoen en overig materieel € 24,3 miljoen (onder andere onderhoud infrastructuur en gebouwen, kosten labapparatuur, exploitatiekosten terrein en kosten gas, water en elektriciteit).

Vraag 180:
Hoeveel geld hebben gemeenten het afgelopen jaar uitgegeven als het gaat om het inhuren aan externen voor de decentralisatie jeugdzorg?

Antwoord 180:

Een registratie van de uitgaven door gemeenten aan het inhuren van externen voor de decentralisatie jeugdzorg is niet beschikbaar op landelijk niveau.

Vraag 181:
Hoeveel geld hebben gemeenten het afgelopen jaar uitgegeven als het gaat om het inhuren aan externen voor de decentralisatie Wmo?

Antwoord 181:
Ik beschik niet over de gegevens betreffende de inhuur externen van gemeenten voor de decentralisatie Wmo.

Vraag 182:
Hoeveel geld hebben gemeenten het afgelopen jaar uitgegeven als het gaat om het implementeren van nieuwe ICT voor de jeugdzorg?

Antwoord 182:
Een registratie van de uitgaven door gemeenten aan het implementeren van nieuwe ICT voor de jeugdzorg is niet landelijk beschikbaar.

Vraag 183:
Hoeveel geld hebben gemeenten het afgelopen jaar uitgegeven als het gaat om het implementeren van nieuwe ICT voor de Wmo?

Antwoord 183:
Op landelijk niveau zijn hier geen gegevens over beschikbaar.

Vraag 184:
Is er op dit moment al een eerste indicatie te geven wat de effecten zijn van de voorraaddaling voor het Rijksvaccinatieprogramma?

Antwoord 184:
Er zijn geen effecten op de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma. Het RIVM is nog steeds gebonden aan een minimale veiligheidsvoorraad die doorgang van het Rijksvaccinatieprogramma te allen tijde waarborgt.

Vraag 185:
Waarom moet het Ministerie van VWS in 2015 nog een bedrag van 50 miljoen euro betalen voor de afrekening met voormalige ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars?

Antwoord 185:
Het bedrag van € 50 miljoen komt voort uit de naijleffecten die voortvloeien uit eerder aangegane verplichtingen en vorderingen volgend uit bijvoorbeeld de uitvoering van de buitenlandtaak.

Vraag 186:
Kunt u de Kamer een overzicht doen toekomen van alle kortingen op de Zvw, Wlz, Wmo en jeugdzorg?

Antwoord 186:
Onderstaande tabel presenteert de financiële effecten van de maatregelen uit het Regeerakkoord Rutte-Asscher op de Zvw, uitgesplitst naar moment waarop deze zijn verwerkt in de budgettaire nota's.

Beleidsmatige kortingen binnen de Zvw sinds Regeerakkoord Rutte-Asscher

Bedragen x € 1 miljoen	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Begroting 2014						
Beperking groei medisch-specialistische zorg, ggz en huisartsen RA Rutte-Asscher			-355,0	-760,0	-1.175,0	-1.175,0
Hoofdlijnenakkoord 2013		– 250,0	– 500,0	– 750,0	– 1.000,0	– 1.000,0
Stringent pakketbeheer RA Rutte-Asscher				– 75,0	– 225,0	– 225,0
Honoraria medisch specialisten			– 100,0	– 100,0	– 100,0	– 100,0
Concentratie topreferente zorg			– 70,0	– 70,0	– 70,0	– 70,0
Korting honoraria kaakchirurgie			– 17,6	– 17,6	– 17,6	– 17,6
Afschaffen inkomensondersteunende regelingen		– 200,0	– 200,0	– 200,0	– 200,0	– 200,0
Doelmatig voorschrijven medisch specialisten	– 6,7	– 6,7				
Verlaging instroom medisch-specialistische vervolgopleidingen		12,0	25,0	38,0	51,0	64,0
Verkorting opleidingsduur medisch-specialistische vervolgopleidingen						14,0
Begroting 2015						
Plafond beschikbaarheidbijdrage academische zorg		–	– 36,0	– 57,0	– 80,0	– 73,0
Tariefstelling hulpmiddelen		–	– 145,0	– 145,0	– 145,0	– 145,0
Doelmatig voorschrijven medisch specialisten		– 3,3	– 10,0			
1e suppletoire wet 2015						
Tarieven tandheelkunde			– 18,0	– 18,0	– 18,0	– 18,0
totaal	**– 7**	**– 448**	**– 1.427**	**– 2.155**	**– 2.980**	**– 2.946**

Onderstaande tabel presenteert de financiële effecten van de maatregelen uit het Regeerakkoord op de Wmo en de Wlz, inclusief de bijstellingen in latere akkoorden. Deze tabel is eerder gepresenteerd in de nadere memorie van antwoord Wlz aan de Eerste Kamer (Kamerstuk 33 891; Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)).

Beleidsmatige kortingen binnen de Zvw sinds Regeerakkoord Rutte-Asscher

Bedragen x €1 miljoen	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Begroting 2014						
Beperking groei medisch-specialistische zorg, ggz en huisartsen RA Rutte-Asscher			-355,0	-760,0	-1.175,0	-1.175,0
Hoofdlijnenakkoord 2013		-250,0	-500,0	-750,0	-1.000,0	-1.000,0
Stringent pakketbeheer RA Rutte-Asscher				-75,0	-225,0	-225,0
Honoraria medisch specialisten			-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Concentratie topreferente zorg			-70,0	-70,0	-70,0	-70,0
Korting honoraria kaakchirurgie			-17,6	-17,6	-17,6	-17,6
Afschaffen inkomensondersteunende regelingen		-200,0	-200,0	-200,0	-200,0	-200,0
Doelmatig voorschrijven medisch specialisten	-6,7	-6,7				
Verlaging instroom medisch-specialistische vervolgopleidingen		12,0	25,0	38,0	51,0	64,0
Verkorting opleidingsduur medisch-specialistische vervolgopleidingen						14,0
Begroting 2015						
Plafond beschikbaarheidbijdrage academische zorg		-	-36,0	-57,0	-80,0	-73,0
Tariefstelling hulpmiddelen		-	-145,0	-145,0	-145,0	-145,0
Doelmatig voorschrijven medisch specialisten		-3,3	-10,0			
1e suppletoire wet 2015						
Tarieven tandheelkunde			-18,0	-18,0	-18,0	-18,0
totaal	**-7**	**-448**	**-1427**	**-2155**	**-2980**	**-2946**

Voor de jeugdzorg bedraagt de korting op het macrobudget € 120 miljoen in 2015, oplopend naar € 300 miljoen in 2016 en € 450 miljoen structureel vanaf 2017.

Vraag 187:
Wat is de omvang van de reserves van zorgaanbieders uitgesplitst naar de Zvw, Wlz, Wmo en de jeugdzorg?

Antwoord: 187
Een uitsplitsing van de omvang van de reserves van zorgaanbieders uitgesplitst naar financieringsbron is niet te geven. Een uitsplitsing naar type zorginstelling is wel te maken. Dit wordt jaarlijks gedaan door het CBS, op basis van onder andere de databank DigiMV met de digitale jaardocumenten. De meest actuele CBS-cijfers zijn die over 2013.

Als maat voor de omvang van de reserve van een onderneming kan het eigen vermogen worden genomen. De omvang van reserve heeft echter vooral betekenis bij het bepalen in hoeverre een onderneming in staat is op een bepaald moment aan haar totale verplichtingen te voldoen. Dit

wordt aangeduid met de solvabiliteit van een onderneming. De solvabiliteit wordt berekend door het eigen vermogen te delen door het vreemd vermogen.

	Totaal eigen vermogen [miljoen euro], 2013	Solvabiliteit [%], 2013
Totaal ziekenhuizen	5.059	20
Geestelijke gezondheidszorg	1.188	23
Gehandicaptenzorg	1.995	31
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	4.044	28
Maatschappelijke opvang	121	35
Jeugdzorg met overnachting	205	23
Ambulante jeugdzorg	30	18

Bron: CBS/financiële kengetallen Zorginstellingen

Vraag 188:
Wat is de omvang van de winsten van zorgaanbieders uitgesplitst naar de Zvw, Wlz, Wmo en de jeugdzorg?

Antwoord 188:
Een uitsplitsing van de omvang van de reserves van zorgaanbieders uitgesplitst naar financieringsbron is niet te geven. Een uitsplitsing naar type zorginstelling is wel te maken. Dit wordt jaarlijks gedaan door het CBS, op basis van onder andere de databank DigiMV met de digitale jaardocumenten. De meest actuele CBS-cijfers zijn die over 2013.

Als maat voor de winst van een zorgonderneming wordt meestal het resultaat vóór inhouding van belastingen genomen.

	Totaal resultaat voor belastingen [miljoen euro], 2013
Totaal ziekenhuizen	569
Geestelijke gezondheidszorg	68
Gehandicaptenzorg	134
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	239
Maatschappelijke opvang	– 1
Jeugdzorg met overnachting	25
Ambulante jeugdzorg	– 17

Bron: CBS/financiële kengetallen Zorginstellingen

Vraag 189:
Wat is de omvang van de winsten en reserves van alle zorgverzekeraars uitgesplitst naar budgetpolis, naturapolis en restitutiepolis?

Antwoord 189:
Op basis van cijfers 2013 van DNB bedragen de reserves van alle zorgverzekeraars samen € 9,3 miljard. Het voorlopige resultaat 2014 van DNB van alle zorgverzekeraars samen bedraagt ruim € 1 miljard. Een uitsplitsing van deze cijfers naar type polis is niet te maken.

Voor 1 juli zullen alle zorgverzekeraars hun jaarcijfers 2014 – waaronder het resultaat en reservestand – bekend maken. In mijn brief over Solvabiliteit II voor zorgverzekeraars (Kamerstuk 32 013/29 689, nr. 95) heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over deze cijfers zodra deze bekend zijn.

Vraag 190:

Welke besparingen worden er momenteel gerealiseerd door de substitutie van tweedelijnszorg naar de eerste lijn?

Antwoord 190:
De inzet op substitutie naar de eerstelijn, waarvan de substitutiemonitor een onderdeel is, is belangrijk om het in het Hoofdlijnenakkoord MSZ afgesproken groeipad te realiseren. De substitutiemonitor brengt de substitutieafspraken in beeld, niet de besparingen die met de substitutie gerealiseerd worden. De komende tijd wordt met partijen bekeken hoe de substitutiemonitor verder doorontwikkeld kan worden. Voor de volgende rapportage van de monitor wordt aan zorgverzekeraars gevraagd om expliciet aan te geven wat zij in de kaders willen verschuiven ten behoeve van substitutie, conform de afspraken in het bestuurlijk akkoord. Zorgverzekeraars en aanbieders zullen in ieder geval gedurende de looptijd van het akkoord (2014–2017) eventuele door substitutie behaalde besparingen ook gebruiken om ervoor te zorgen dat de uitgaven binnen de afgesproken kaders blijven. Ik zal u te zijner tijd op de hoogte stellen van de uitkomsten van de overleggen over de opzet van de substitutiemonitor.

Vraag 191:
Wanneer zijn de besparingen die gepaard gaan met de subsitutie van tweedelijns zorg naar de eerste lijn zodanig dat er op macroniveau hierover uitspraken kunnen worden gedaan?

Antwoord 191:
Zie het antwoord op vraag 190

Vraag 192:
In hoeverre is de besparing van 250 miljoen euro daadwerkelijk terug te voeren op de verschillende ingezette maatregelen, terwijl de cijfers over 2014 nog onzeker zijn en daarmee deze conclusie niet direct rechtvaardigen?

Antwoord 192:
In de hoofdlijnenakkoorden zijn afspraken gemaakt over een totaalpakket aan maatregelen die samen moeten zorgen voor een verdere matiging van de groei vanaf 2014. Voor de medisch-specialistische zorg en de ggz gaat het om 1,5% in 2014 en 1% vanaf 2015. Voor de huisartsen is 2,5% beschikbaar. De maatregelen in de bestuurlijke akkoorden dragen daarmee bij aan de beoogde besparingen voor 2014. Zoals te zien in het jaarverslag gaat het in 2014 om € 250 miljoen. Ik ga ervan uit dat met de maatregelen uit het bestuurlijk akkoord deze besparing wordt gerealiseerd. Het is niet mogelijk om een exacte opbrengstrealisatie te geven van de behaalde besparingen en de inkoop van zorg op kwaliteit. Zorgverzekeraars kopen immers zorg in waarbij kwaliteit een onderdeel van de gehele zorginkoop is.

Voorgaande neemt overigens niet weg dat er ook andere factoren zijn die bij kunnen dragen aan meer gematigde groei, zoals het remeffect van het eigen risico en meer autonome ontwikkelingen, zoals de economische crisis.

De realisatiecijfers medisch-specialistische zorg over 2014 bevatten nog grote onzekerheden, maar duiden erop dat de uitgaven nagenoeg overeenkomen met het macrokader. Dit sterkt het vertrouwen dat in de komende jaren sprake zal zijn van een beheerste uitgavenontwikkeling als de focus daarop gericht blijft. De uitgaven in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg blijven gezamenlijk binnen het in het akkoord eerste lijn afgesproken macrokader. Daarmee lijkt het akkoord een

bijdrage te hebben geleverd aan de beheersing van de kosten in deze eerstelijnssectoren.
Voor de ggz heeft VWS eerste voorlopige inzichten over de realisatiecijfers 2014 in bezit. Deze cijfers zijn echter gebaseerd op een zeer grove inschatting van verzekeraars en derhalve nog onbetrouwbaar. VWS verwacht dat de cijfers die in het najaar worden ontvangen een eerste redelijke inschatting geven over de realisatie 2014.

Vraag 193:
Is er een concreet verband te leggen tussen de behaalde besparingen en de inkoop van zorg op kwaliteit?

Antwoord 193:
Zie het antwoord op vraag 192.

Vraag 194:
Kan geconcludeerd worden dat de tariefsverhoging voor de logopedie teniet is gedaan door de zorgverzekeraars doordat deze tegen lagere tarieven contracteerden?

Antwoord 194:
In de sector logopedie gelden maximumtarieven. Het staat zorgverzekeraars vrij om in de onderhandelingen met zorgaanbieders lagere tarieven af te spreken dan het maximumtarief.

Vraag 195:
In welke mate hebben de Zorg-/Hoofdlijnenakkoorden bijgedragen aan de beheersing en de onderschrijding van de zorguitgaven van 2014?

Antwoord 195:
Zie het antwoord op vraag 192.

Vraag 196:
Wat kan de Minister doen om ervoor te zorgen dat logopedisten wel de tariefsverhoging ontvangen die noodzakelijk is aangezien de oude rekennorm te krap was voor de huidige logopedische praktijkvoering?

Antwoord 196:
Het is aan verzekeraars, in het kader van hun zorgplicht, om voldoende en adequate zorgverlening in te kopen. Verzekeraars hebben zich hier te houden aan de gestelde maximumtarieven en het is hen vrij om met zorgaanbieders te onderhandelen en tarieven af te spreken die lager zijn dan het maximumtarief.

De NZa houdt toezicht op het voldoen aan de zorgplicht door zorgverzekeraars.
De NZa is op dit moment, in navolging op het rapport «Zorgcontracten in kaart – deel 1» (april 2015), knelpunten bij branche- en patiëntenorganisaties aan het inventariseren. Mochten er in de sector logopedie knelpunten op het gebied van contractering in relatie tot de zorgplicht bestaan, dan zullen deze hierin naar voren komen en kan de NZa aanbevelingen doen hoe met eventuele knelpunten omgegaan kan worden. Ook wordt momenteel door de NZa en de ACM gezamenlijk gekeken naar andere inkoopmodellen, opdat het inhoudelijke gesprek tussen beroepsbeoefenaren en verzekeraars beter tot zijn recht komt.

Vraag 197:
Wat is de stand van zaken ten aanzien van de invoering van de maatregel «werelddekking zorg buiten de EU uit het basispakket»?

Antwoord 197:
Dit wetsvoorstel is in voorbereiding. Daarnaast dienen elf bilaterale verdragen inzake sociale zekerheid te worden aangepast. Het betreft de verdragen met Argentinië, Australië, Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Kosovo, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije. De verdragsonderhandelingen met die landen worden, waar van toepassing, meegenomen in een breder onderhandelingspakket van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Vraag 198:
2014 is het tweede jaar dat er sprake is van een onderschrijding van de zorguitgaven, wat is de invloed van de huidige onderschrijding voor het toekomstige groeipad van de zorg?

Antwoord 198:
De onderschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) in de afgelopen jaren hebben via structurele verwerking in de ramingen reeds geleid tot een bijstelling van het huidige groeipad van de zorguitgaven naar een lager niveau. Het Centraal Planbureau (CPB) gaat in het Centraal Economisch Plan (CEP) 2015 (paragraaf 3.3) in op de afvlakkende groei van de zorguitgaven, en merkt daarbij op dat door de hervormingen in de zorg een terugkeer naar een beter houdbaar groeitempo van de zorguitgaven binnen handbereik ligt. Zoals gebruikelijk zal het toekomstige groeipad van de zorguitgaven opnieuw worden bekeken in de middellangetermijnraming (MLT) van het CPB die voorafgaat aan de volgende kabinetsperiode.

Vraag 199:
Waarom was de forse onderschrijding van ruim 1,1 miljard euro sinds de tweede suppletoire wet 2014 niet voorzien?

Antwoord 199:
De onderschrijding in de 2e suppletoire wet 2014 betrof grotendeels de actualisatie van de zorguitgaven, gebaseerd op de informatie over de eerste twee kwartalen van 2014. Hierbij is aangetekend dat deze geraamde onderschrijding nog kon wijzigen op grond van de realisatiecijfers over geheel 2014 en dat daarover in het jaarverslag 2014 nader gerapporteerd zou worden.

Voor het jaarverslag 2014 is inderdaad gebruikt gemaakt van cijfers over het volledige jaar 2014. Hierin zijn nog forse bijstellingen geconstateerd in de Zvw bij de genees- en hulpmiddelen, de grensoverschrijdende zorg en in de AWBZ bij de zorg in natura en het Rijksvaccinatieprogramma.

Vraag 200:
Wat betekent de forse onderschrijding van ruim 1,1 miljard euro voor de komende jaren?

Antwoord 200:
Voor zover de onderschrijding van ruim € 1,1 miljard structureel van karakter is, is deze ruimte betrokken bij de besluitvorming over de begroting 2016. In de 1e suppletoire wet 2015 wordt gemeld dat de netto-BKZ-uitgaven ruim € 0,9 miljard in 2015 oplopend tot € 1,2 miljard in 2020 lager uit komen dan geraamd in de ontwerpbegroting 2015. De onderschrijding wordt dus structureel van het BKZ afgehaald.

Vraag 201:
Hoeveel stijging van de zorguitgaven is te wijten aan de ruilvoetproblematiek?

Antwoord 201:
De ruilvoet betreft het verschil tussen de indexering van het Budgettair Kader Zorg (het kader) en de indexering van de uitgaven die behoren tot het BKZ. De zogenaamde ruilvoetproblematiek ontstaat wanneer de uitgaven binnen het BKZ als gevolg van indexering meer opwaarts worden bijgesteld dan het kader zelf en als gevolg daarvan niet meer binnen dat kader passen.
De ontwerpbegroting is opgesteld in prijspeil 2013. Het jaarverslag 2014 is opgesteld in prijspeil 2014. De nominale bijstelling van de zorguitgaven in 2014 betrof in totaal € 1,7 miljard.

Vraag 202:
Hoe is de onderschrijding op het gebied van geneesmiddelen te verklaren wanneer de gemelde redenen voor deze onderschrijding, danwel deels, danwel volledig waren te voorzien?

Antwoord 202:
De gemelde redenen voor de onderschrijding, onder andere het beleid van zorgverzekeraars en lagere groei, zijn vooraf niet geheel te voorspellen; er is altijd sprake van een ramingsonzekerheid. Voorgaande onderschrijdingen zijn structureel van het kader afgehaald.

Vraag 203:
Zijn de afgesloten zorgakkoorden de enige verklaring voor de gematigde groei bij de medisch-specialistische zorg en de curatieve GGZ of kunnen er nog andere oorzaken aangewezen worden?

Antwoord 203:
In de afgesloten zorgakkoorden is naast concrete afspraken over de maximale groeiruimte ook een inhoudelijke agenda opgenomen. Hierin staan afspraken om binnen de afgesproken groeiruimte te blijven, zoals verbeteringen in de contractering, het verhogen van kwaliteit en doelmatigheid en meer zorg thuis en in de buurt. Alle betrokken partijen werken gezamenlijk om de gemaakte afspraken te realiseren en dat werpt zijn vruchten af. Dat neemt niet weg dat er ook andere factoren zijn die bij kunnen dragen aan meer gematigde groei, zoals het remeffect van het eigen risico en meer autonome ontwikkelingen, zoals de economische crisis.

Vraag 204:
Wat zijn de exacte ontvangsten in 2013 als gevolg van het gestegen eigen risico en wat zijn de exacte ontvangsten als gevolg van eigen bijdragen?

Antwoord 204:
De raming van het eigen risico is volgens de ontwerpbegroting 2013 € 2.865,3 miljoen. Volgens het jaarverslag fondsen van het Zorginstituut is de voorlopige vaststelling van de normatieve opbrengst van het eigen risico € 2.857,7 miljoen in 2013. Het is niet mogelijk om te specificeren wat de extra opbrengst is als gevolg van het gestegen eigen risico, en wat het gevolg is van de reguliere indexatie.
De exacte opbrengst van de eigen bijdragen zijn niet bekend, omdat verzekeraars de uitgaven exclusief de eigen bijdrage opgeven aan het Zorginstituut. De raming van de ontvangsten die voortvloeien uit eigen bijdragen voor de Zorgverzekeringswet betreft momenteel alleen de eigen bijdragen voor hoortoestellen. Deze worden op € 27 miljoen geraamd.

Vraag 205:
Hoe valt de onderschrijding van 43 miljoen euro uit te leggen terwijl de huisartsenzorg 2,5% mocht groeien?

Antwoord 205:
Zie het antwoord op vraag 92.

Vraag 206:
Hoeveel is de onderschrijding van 80 miljoen euro op het totaal aan uitgaven voor de paramedische zorg?

Antwoord 206:
In totaal werd in 2014 € 626,4 miljoen aan paramedische zorg uitgegeven. De onderschrijding van € 80 miljoen betreft daarmee 12,8% op de totale uitgaven.

Vraag 207:
Hoe verklaart u de onderschrijding van de huisartsenzorg, tandheelkundige zorg, verloskunde en kraamzorg en dieetadvisering, fysiotherapie en logopedie?

Antwoord 207:
Voor zover er een verklaring bekend is, is deze verwoord in het Jaarverslag 2014 (zie pagina's 171 en 172).

Vraag 208:
Wat is de verklaring voor de lagere uitgave van 80,3 miljoen euro aan geriatrische revalidatiezorg?

Antwoord 208:
De lagere uitgave aan geriatrische revalidatiezorg blijkt uit actuele cijfers van het Zorginstituut Nederland. Deze onderuitputting is in lijn met signalen dat de aanspraak per 2013 is verduidelijkt ten opzichte van de geleverde zorg in de AWBZ in 2012.

Vraag 209:
Is het zo dat, gezien de opmerking dat de onderschrijding voor geneesmiddelen uit 2013 structureel doorwerkt, de huidge (extra) onderschrijding op dit gebied ook doorwerkt in 2015? Zo ja, is dit verwerkt in de huidige ramingen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 209:
Ja, de neerwaartse bijstelling van € 607 miljoen is structureel verwerkt.

Vraag 210:
Welk deel van de onderschrijding op de grensoverschrijdende zorg is structureel?

Antwoord 210:
De onderschrijding 2014 op de grensoverschrijdende zorg is niet structureel. Zoals vermeld in de antwoorden op vragen 96 en 97 blijken de kosten aan grensoverschrijdende zorg van jaar tot jaar (sterk) te fluctueren. Dit is ook een van de bevindingen uit het interdepartementaal beleidsonderzoek naar grensoverschrijdende zorg (Kamerstuk 29 689, nr. 5).

Vraag 211:
Hoe verklaart u de onderschrijding van grensoverschrijdende zorg?

Antwoord 211:
Zie het antwoord op vraag 96.

Vraag 212:

Hoe verklaart u dat er in 2014 4.4 miljoen euro meer is gefinancierd dan geproduceerd?

Antwoord 212:
Financieringsmutaties ontstaan doordat er een zeker tijdsverloop bestaat tussen het moment dat de NZa de productieafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ontvangt en verwerkt in de budgetten en de ontvangst van de bevoorschotting/declaraties door de instellingen. Als gevolg daarvan is het gebruikelijk dat de financiering binnen een jaargrens afwijkt van de daadwerkelijke zorguitgaven (budgetten) in dat jaar. Zo ontstaan er financieringsachterstanden of -voorsprongen. In 2014 is er € 4,4 miljoen meer gefinancierd dan geproduceerd. Meerjarig heffen financieringsvoorsprongen en -achterstanden elkaar op en volgt de financiering de zorguitgaven.

Vraag 213:
Hoe komt het dat nierinsufficiëntie zo hoog in de top 5 dbc-zorgproducten staat?

Antwoord 213:
De NZa heeft mij laten weten dat het hoge aantal DBC's met diagnose nierinsufficiëntie wordt veroorzaakt doordat dialyse-DBC's standaard na zeven dagen worden afgesloten. Dit in tegenstelling tot reguliere en vervolg DBC's die in het algemeen na negentig dagen of honderdtwintig dagen worden afgesloten.

Vraag 214:
Kan er een toelichting worden gegeven op de cijfers ziekenvervoer/spoedeisende ambulance-inzetten?
Wat is de verklaring waarom de kosten vanaf 2010 zo zijn opgelopen?

Antwoord 214:
In de tabel waar deze vraag naar verwijst is het aantal spoedeisende ambulance-inzetten vermeld, dit betreft dus niet de ontwikkeling van de kosten van ambulancezorg. De totale kosten voor de ambulancezorg zijn in de periode 2010–2014 met ongeveer 3% per jaar gestegen, inclusief loon- en prijsontwikkelingen. De kostengroei is daarmee lager geweest dan de gemiddelde jaarlijkse volumegroei van het aantal spoedritten de afgelopen jaren. Op 26 maart 2015 heb ik uw Kamer per brief geïnformeerd over een trendanalyse die het RIVM op mijn verzoek heeft gemaakt van de stijging van het aantal spoedritten in de ambulancezorg (Kamerstuk 29 247, nr. 202). Deze analyse van het RIVM maakt helder dat de waargenomen groei van het aantal spoedritten in Nederland op basis van de beschikbare gegevens slechts ten dele kan worden verklaard uit de in het rapport beschreven trends en ontwikkelingen. Een groot deel van de groei en van de waargenomen verschillen in groei tussen de regio's blijft vooralsnog onverklaard. Voor een uitgebreidere toelichting op de RIVM-analyse verwijs ik u naar mijn brief met bijlage van 26 maart 2015. Zoals ik in die brief ook heb aangegeven is het vanuit uw Kamer geopperde verband tussen de groei van het aantal spoedritten en het op de meldkamers gebruikte uitvraagsysteem nog niet goed te analyseren. Het gebruik van geautomatiseerde uitvraag- en triagesystemen op de meldkamers is daarvoor nog te pril.

Vraag 215:
Ligt het in de bedoeling om de overschrijding bij de instellingen voor medisch-specialistische zorg in 2013 terug te halen via het MBI?

Antwoord 215:

Conform de afspraken in het «Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015» voer ik met partijen constructief overleg over zowel de wijze waarop het resterende bedrag over 2013 kan worden geredresseerd als over de hoogte van de uiteindelijke overschrijding. Veldpartijen hebben aangegeven in geval van redressering een voorkeur te hebben voor eenmalige verlaging van het beschikbare macrokader 2017. Gezien de bijzondere situatie in 2012 en 2013, namelijk overgangsjaren naar prestatiebekostiging en invoering DOT, sta ik daar in beginsel positief tegenover, maar wil voor een definitief besluit daarover duidelijkheid hebben over de wijze waarop veldpartijen gevolg geven aan de eenmalige verlaging van het kader 2016 met € 70 miljoen ter redressering van de overschrijding 2012 en de uitgavenontwikkeling in meer recente jaren. In mijn brief aan de NZa van 31 maart 2015 (Kamerstuk 29 248, nr. 282) heb ik aangegeven dat de besluitvorming over de mogelijke inzet van het MBI over 2013 in het voorjaar van 2016 definitief zal plaatsvinden.

Vraag 216:
Is de onderschrijding van 1,1% op de uitgaven op GGZ-zorg structureel? Kan de ruimte die hiermee vrij komt voor de GGZ-zorg ingezet worden voor innovatieve behandelingen, dan wel anderszins?

Antwoord 216
In het cGGZ akkoord is afgesproken dat in het geval dat er sprake is van een onderschrijding het cGGZ kader hier niet voor wordt aangepast. Een lagere groei dan afgesproken in het ene jaar geeft dan ruimte voor een hoger groeipercentage in het daaropvolgend jaar, mits het cGGZ kader daarmee niet wordt overschreden. Ondanks het opzeggen van het cGGZ akkoord ben ik vooralsnog bereid om vast te houden aan deze afspraak.

Het is niet raadzaam om na een grote aanpassing in de bekostigingssystematiek op basis van de uitkomst van één jaar een structureel effect te veronderstellen.
Daarnaast is door het opzeggen van het akkoord met de ggz-partijen er onzekerheid ontstaan over de ontwikkeling van de uitgaven in de toekomstige jaren.

Vraag 217:
In hoeverre is de onderschrijding van 47 miljoen euro structureel? Zo ja, is de ruimte die hiermee vrij komt voor de GGZ-zorg in te zetten voor het behandelen van de aanpassingsstoornissen waaronder die bij (familie van) kankerpatiënten dat nu buiten het pakket valt?

Antwoord 217:
Zie het antwoord op vraag 216.

Vraag 218:
Kan er een nadere toelichting gegeven worden op de lagere loonontwikkeling in de AWBZ?

Antwoord 218:
In september 2013 heeft het kabinet besloten tot een eenmalige korting op de afdrachten voor arbeidsongeschiktheid van de werkgevers (aof-premie) met als gevolg een eenmalig hogere loonindexatie. Om te voorkomen dat deze eenmalige korting structureel doorwerkte in de jaren daarna is de indexering in 2014 hiervoor gecorrigeerd.

Vraag 219:
Kan een nadere toelichting worden gegeven op de ontvangstenmeevaller bij de eigen bijdragen in de AWBZ?

Antwoord 219:
De realisatie is voornamelijk hoger uitgevallen als gevolg van hogere ontvangsten in het kader van de intramurale eigen bijdrage. Het is niet verder uit te splitsen of de meevaller te danken is aan bijvoorbeeld de inkomensontwikkeling van cliënten, het aantal cliënten en/of de samenstelling van het aantal cliënten.

Vraag 220:
Klopt dat voor de risicoverevening voor 2016 gewerkt wordt met de cijfers uit 2013? Zo nee, met welke cijfers wordt dan wel gewerkt?

Antwoord 220:
Voor het vaststellen van de relatie tussen zorgkosten en verzekerden- en gezondheidskenmerken in de risicoverevening wordt gebruik gemaakt van volledig uitgedeclareerde kostengegevens over 2013. De gegevens worden wel volledig representatief gemaakt voor het jaar 2016. Nieuw beleid en prijseffecten worden in de gegevens verwerkt. Voor het vaststellen van de uiteindelijke vereveningsbijdragen 2016 wordt uitgegaan van begrotingscijfers 2016 voor de verwachte zorgkosten en van de meest recente ramingen van de verzekerdenaantallen voor 2016.

Vraag 221:
Kunt u een uitgebreide verklaring geven waarom de uitgaven gefinancierd via de AWBZ 0,3 miljard euro lager zijn uitgekomen?

Antwoord 221:
Het saldo van € 0,3 miljard is uitgesplitst in tabel 10 op pagina 181 van het jaarverslag (totaal AWBZ). In tabel 10A (pagina 182) is een verder uitsplitsing van de actualisering van de AWBZ-uitgaven opgenomen. Uit deze tabellen blijkt dat de meevaller grotendeels wordt verklaard door enkele technische bijstellingen en verder een (beperkte) meevaller bij de zorg in natura en bij preventieve zorg (het rijksvaccinatieprogramma).

Vraag 222:
Wat zijn de oorzaken dat de nominale premie Zvw voor 2014 door de zorgverzekeraars 128 euro lager vastgesteld dan geraamd is in de begroting 2014?

Antwoord 222:
In de VWS-begroting 2014 is een raming gemaakt van de nominale premie 2014 op basis van de raming van de Zvw-uitgaven uit die begroting en een inschatting van de reserveontwikkeling bij verzekeraars. De verzekeraars hebben hun premie vastgesteld op basis van hun eigen inschatting van de zorguitgaven en hun keuze rond de reserveontwikkeling. VWS kent de exacte inschattingen en keuzes van de verzekeraars niet.
In het jaarverslag wordt een meevaller bij de Zvw-uitgaven gemeld van € 1,6 miljard. Een flink deel van die meevaller voorzagen de verzekeraars al op het moment dat zij de premie 2014 bepaalden. Verzekeraars kenden op dat moment al meer realisatiecijfers (over 2013) dan VWS kende bij het opstellen van de begroting. Daarnaast hebben de verzekeraars er voor gekozen om meer reserves af te bouwen dan VWS in de begroting had voorzien. De lagere uitgavenraming plus de reserveafbouw hebben de lagere premies mogelijk gemaakt.

Vraag 223:
Wat is de omvang van de eigen betalingen uitgesplitst naar de Zvw, Wlz, Wmo en de jeugdzorg? Wat zijn de gevolgen hiervan op de zorguitgaven?

Antwoord 223:

De uitsplitsing van de opbrengst eigen betalingen die is verwerkt in het jaarverslag is als volgt:

Eigen risico Zvw	€ 3.098 miljoen
Eigen bijdragen Zvw	€ 27 miljoen
Eigen bijdragen AWBZ	€ 1.995 miljoen
Totaal	€ 5.120 miljoen (€ 382 per volwassene)

De eigen bijdragen Wmo zijn inkomsten voor gemeenten. Die zijn daarom niet meegenomen bij de bepaling van de eigen betalingen in het jaarverslag. Deze eigen bijdragen bedroegen circa € 250 miljoen.

Voor 2015 bestonden er in de jeugdzorg alleen eigen bijdragen in de provinciale en gesloten jeugdzorg. Die zijn daarom ook niet meegenomen bij de bepaling van de eigen betalingen in het jaarverslag. Deze eigen bijdragen bedroegen circa € 10 miljoen.

De eigen betalingen dienen ter (gedeeltelijke) dekking van de zorguitgaven. De eigen betalingen hebben (gegeven de hoogte van het netto-BKZ) hogere brutouitgaven mogelijk gemaakt.

Vraag 224:
Welke bedragen horen bij de percentages van figuur 4?

Antwoord 224:
In figuur 4 zijn de bijstellingen van de netto-BKZ-uitgaven Zvw en AWBZ na het verschijnen van de VWS-jaarverslagen weergegeven. Deze bijstellingen in procenten en bedragen zijn in de onderstaande tabel opgenomen:

	Procentuele bijstelling	Bijstelling in miljarden
2004	0,2%	0,1
2005	0,8%	0,3
2006	0,3%	0,1
2007	– 0,5%	– 0,3
2008	1,5%	0,8
2009	– 0,1%	– 0,1
2010	1,3%	0,8
2011	– 0,8%	– 0,5
2012	0,4%	0,3
2013	– 0,1%	– 0,1
2014	0,0%	0,0

Vraag 225:
Kunt u verklaren waarom er minder uitgaven zijn dan geraamd met betrekking tot geriatrische revalidatiezorg?

Antwoord 225:
Zie het antwoord op vraag 208.

Vraag 226:
Kunt u de onderschrijding van 82,8 miljoen euro in de hulpmiddelensector verklaren?

Antwoord 226:
Het komt voornamelijk doordat het inkoopbeleid van zorgverzekeraars bij hulpmiddelen vanuit financieel oogpunt succesvoller is dan werd

verwacht; het beschikbaar gestelde bedrag voor hulpmiddelen is daardoor hoger dan benodigd.

Vraag 227:
Hoe moet de negatieve stand van 71 miljoen euro op het onderdeel nominaal en onvoorzien worden geïnterpreteerd?

Antwoord 227:
Het gaat hier om een zogenaamde financieringsmutatie. Bij financieringsmutaties is sprake van een zeker tijdsverloop tussen het moment waarop de NZa de productie-afspraken van partijen ontvangt en de verwerking daarvan in de budgetten en de bevoorschotting/declaraties van de instellingen. Als gevolg daarvan is het gebruikelijk dat de financiering binnen een jaargrens afwijkt van de productie (budgetten) in dat jaar. Zo ontstaan zogeheten financieringsachterstanden of -voorsprongen. Deze verschillen worden in het daaropvolgende jaar verrekend. Tussen de jaren doen zich daardoor incidentele financieringsschuiven voor. Meerjarig gezien volgt de financiering echter altijd de uitgaven. De negatieve financieringsmutatie van € 71 miljoen betekent dat er in 2014 minder is gefinancierd dan geproduceerd.

Vraag 228:
Wat zijn de totale kosten van de Ebola-crisis geweest in 2014 en kunnen deze per onderdeel worden uitgesplitst?

Antwoord 228:
Naast de kosten voor de Nederlandse hulpinspanning bij de bestrijding van ebola in West-Afrika, waarvan u door de Minister van BHOS op de hoogte bent gehouden, zijn ook in Nederland kosten gemaakt. De kosten voor de voorbereiding op mogelijke bestrijding van ebola, waaronder oefeningen en aanpassingen, zijn gemaakt door verschillende partijen. Ik heb geen inzicht in de kosten die gemaakt zijn door ziekenhuizen, huisartsen en GGD-en.

Het RIVM heeft een belangrijk deel van de voorbereiding binnen Nederland gefaciliteerd. Het Centrum infectieziektebestrijding (Cib) van het RIVM heeft expertmeetings voor de academische ziekenhuizen georganiseerd en een outbreak management team (OMT). Zij hebben triagerichtlijnen opgesteld voor de eerste lijn (ambulancedienst, huisartsen, spoedeisende hulp). Daarnaast hebben zij richtlijnen opgesteld voor behandeling, werkwijze in geval van een (overleden) patiënt, reiniging en desinfectie van ruimte waar een patiënt heeft verbleven en afvoer van besmet materiaal. Bij 61 potentiële gevallen heeft het Cib advies gegeven aan de behandelend arts of GGD. Het Cib heeft één repatriëring gecoördineerd (2 artsen in september) en één medische evacuatie van een bevestigde patiënt (Nigeriaanse militair uit Liberia). Voor deze patiënt zijn een aantal responsteams georganiseerd met behandelaren, Erasmus laboratorium, GGD en communicatiemedewerkers om behandeling, communicatie, repatriëring en desinfectie af te stemmen. Deze inzet van het RIVM behoort tot hun reguliere taken en is gefinancierd binnen de RIVM-begroting voor het Cib. De totale kosten van deze inzet worden geraamd op € 825.000.

Het RIVM heeft steeds gezorgd voor actuele informatie over de uitbraak in West-Afrika voor het publiek, inclusief wekelijkse surveillance overzichten. Daarnaast heeft het RIVM een informatiepunt voor burgers opgezet (€ 125.000). Tenslotte heeft het Cib samen met de GGD Kennemerland voorlichting voor passagiers uit endemische gebieden opgesteld (Informatievoorziening Schiphol € 36.600) en zijn verschillende niet-medische organisaties (Scheepvaartinspectie, COA, NS) van

informatie voorzien over ebola en mogelijke besmettingsrisico's. In totaal heeft het RIVM ruim 300 adviezen op maat gegeven aan GGD'en, behandelaren, overheid en private organisaties. Voor de BES-eilanden zijn materialen aangeschaft (€ 60.000).